



PLURALIDADES

UM *saúde Mental*

Revista PsicoFAE

Revista PsicoFAE

PLURALIDADES EM Saúde Mental

FAE Centro Universitário

<i>PsicoFAE</i>	Curitiba	v. 15	n.2	p.1-153	2026
-----------------	----------	-------	-----	---------	------

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

Evertton 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

Editora

Alexandra Arnold Rodrigues, Dra. (FAE)

Coordenação Editorial

Camila Muhl, Dra (FAE)

Editores Associados

Alexandra Arnold Rodrigues, Dra. (FAE)

Camila Muhl, Dra (FAE)

Joyce Kelly Pescarolo, Dra. (FAE)

Lilian Caron, Me (FAE)

Maria Fátima Minetto, Dra. (UFPR)

Nayane Martoni Piovezan, Dra. (USF)

Fernanda Luzia Lopes, Dra. (USF)

Giovanna Medina, Dra. (UFPR)

Mariana Cardoso Puchivailo (Faculdade Pequeno Príncipe).

Coordenadores dos Núcleos

Areta Galat (Núcleo de Relações Internacionais)

Andrea Bier Serafim (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)

Luânia dos Santos (Núcleo de Admissão)

Nelcy Terezinha Lubi Finck (Núcleo de Carreira Docente)

Ronaldo Faustino (Pastoral Universitária – Campus Curitiba)

Gilmar da Conceição Jose (Pastoral Universitária – Campus São José dos Pinhais)

Vera Dullius (Núcleo de Educação Digital)

Biblioteca

Soraia Helena F. Almondes (Campus Centro)

Núcleo de Educação Digital (NED)

Angela Maria de Oliveira Lima (revisão)

Thais Suzue Ikuta (diagramação)

Vera Dullius (coordenação)

Pareceristas:

Patrícia Pupin Mandrá (Doutora, FMRP-USP)

Junieli Acosta Pereira (Especialista, UniBRASIL)

Luciano Imar Palheta Trindade (Mestre, IFPA)

Fernanda Rafaela Sypniewski (Doutoranda, UFPR)

Caíque Lima Sette Franzoloso (Mestrando, UFPR)

Maria do Desterro de Figueiredo (Doutora, UFPR)

Maria Rita Dalledone (Mestra, UFPR)

Gabriel Cavanus (Mestrado, Atitus educação e UNIVATES)

Joacir de Lima Junior (Especialista, CENAT)

Fábio José Orsini Lopes (Doutor, UEM)

Angela Slongo Benetti (Mestra, USF)

Kiara Olivett (Mestranda, UFPR)

Giovanna Medina (Doutora,

Ana Paula Risson (Doutora, FAE)

Pedro Guilherme Basso Machado (Doutor, UniBrasil e FAE)

Rosana Angst Pasqualotto (Doutora, UEPG)

Francislene Moleta (Mestra, FAE)

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

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

ENTREVISTA 10

A PSICOLOGIA NO CENTRO DA PREVENÇÃO AO DESASTRE: TESTEMUNHO, PIONEIRISMO E DESAFIOS DA PSICOLOGIA NA CONSTRUÇÃO DA GESTÃO INTEGRAL DE RISCOS E DESASTRES NO BRASIL

Daniela da Cunha Lopes
Victor Hugo Turezo
Uelison Vaz França

ARTIGOS

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRABALHADORES FEIRANTES DE UM MUNICÍPIO NO INTERIOR BAIANO

Jucimaura da Cruz e Dias
Marcela Andrade Rios
Luzia Célia Batista Soares
Pablo Luiz Santos Couto
Mauro César Ribeiro dos Santos

QUANDO O HOMEM VAI AO PSICÓLOGO? PERFIL MASCULINO DE USUÁRIOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE PSICOLOGIA

Ebson Lucas Leopoldo de Araújo
Flávio Lúcio Almeida Lima
Regina Lúcia Wanderlei de Azevedo

AS PERCEPÇÕES DOS/AS PSICÓLOGOS/AS QUE ATUAM NA CLÍNICA SOBRE O ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS

Larissa Gabrielle de Oliveira
Maiara Leandro

GRUPO DE EXERCÍCIO FÍSICO DO CAPS AD EM ESPAÇOS PÚBLICOS: EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS

Juliane de Pinho Silva
Bianca Vian
Maria Eduarda Foncharte Ranzzi de Oliveira

PERCEPÇÕES E ESTRATÉGIAS DOS SERVIDORES DO CAPSI NO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Clara Campelo de Albuquerque Soares
Eline Isabelle Oliveira Reis
Taís Rabe Gonçalves
Tathiana Accioly Bezerra
Luana de Melo Ribas

AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES: UM ESTUDO NO CONTEXTO DE UM GRUPO TERAPÊUTICO

Giovana Medeiros Monteiro
Vilma Valéria Dias Couto

REGULAÇÃO EMOCIONAL, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE SUAS RELAÇÕES

Marcos Melo Marques Carneiro
Louise Cristine Santos Sobral

SINTOMAS DE ANSIEDADE ASSOCIADOS A FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS EM ADOLESCENTES APÓS A PANDEMIA DA COVID-19

Andréa Maria Rigo Lise
Rosa Maria Rodrigues
Cíntia Nas
Bruna Tais Zack
Luísa Rigo Lise
Gicelle Galvan Machineski

EFEITO GOLEM E VIOLÊNCIA DE GÊNERO: INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS LIMITANTES SOBRE MULHERES EM RELACIONAMENTOS ABUSIVOS

Fabiana Amaro de Brito

SUMMARY

ENTREVISTA

A PSICOLOGIA NO CENTRO DA PREVENÇÃO AO DESASTRE: TESTEMUNHO, PIONEIRISMO E DESAFIOS DA PSICOLOGIA NA CONSTRUÇÃO DA GESTÃO INTEGRAL DE RISCOS E DESASTRES NO BRASIL

Daniela da Cunha Lopes
Victor Hugo Turezo
Uelison Vaz França

ARTIGOS

COMMON MENTAL DISORDERS IN MARKET WORKERS IN A MUNICIPALITY IN THE INTERIOR OF BAHIA

Jucimaura da Cruz e Dias
Marcela Andrade Rios
Luzia Célia Batista Soares
Pablo Luiz Santos Couto
Mauro César Ribeiro dos Santos

“WHEN DOES A MAN GO TO THE PSYCHOLOGIST?”: MALE PROFILE OF USERS IN A PUBLIC PSYCHOLOGY SERVICE

Ebson Lucas Leopoldo de Araújo
Flávio Lúcio Almeida Lima
Regina Lúcia Wanderlei de Azevedo

PSYCHOLOGISTS’ PERCEPTIONS ABOUT THE CARE FOR WOMEN IN VIOLENT SITUATIONS

Larissa Gabrielle de Oliveira
Maiara Leandro

CAPS AD PHYSICAL EXERCISE GROUP IN PUBLIC SPACES: USERS’ EXPERIENCES AND PERCEPTIONS

Juliane de Pinho Silva
Bianca Vian
Maria Eduarda Foncharte Ranzzi de Oliveira

PERCEPTIONS AND STRATEGIES OF THE STAFF AT THE CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOSOCIAL CARE CENTER IN MONITORING CHILDREN WITH PSYCHOLOGICAL DISTRESS

Clara Campelo de Albuquerque Soares
Eline Isabelle Oliveira Reis
Taís Rabe Gonçalves
Tathiana Accioly Bezerra
Luana de Melo Ribas

SELF-HARM IN ADOLESCENTS: A STUDY IN THE CONTEXT OF A THERAPEUTIC GROUP

Giovana Medeiros Monteiro
Vilma Valéria Dias Couto

EMOTIONAL REGULATION, ANXIETY, AND DEPRESSION IN AUTISM SPECTRUM DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW OF THEIR RELATIONSHIPS

Marcos Melo Marques Carneiro
Louise Cristine Santos Sobral

ANXIETY SYMPTOMS ASSOCIATED WITH SOCIODEMOGRAPHIC, EMOTIONAL AND BEHAVIORAL FACTORS IN ADOLESCENTS AFTER THE COVID-19 PANDEMIC

Andréa Maria Rigo Lise
Rosa Maria Rodrigues
Cíntia Nas
Bruna Tais Zack
Luísa Rigo Lise
Gicelle Galvan Machineski

GOLEM EFFECT AND GENDER-BASED VIOLENCE: INFLUENCE OF LIMITING BELIEFS ON WOMEN IN ABUSIVE RELATIONSHIPS ABUSIVE BEHAVIOR

Fabiana Amaro de Brito

Editorial

Caros leitores,

Esta edição apresenta um panorama abrangente e necessário sobre os desafios contemporâneos da psicologia inserida nas políticas públicas e na vida social brasileira. O fio condutor que une as produções aqui reunidas é o compromisso com a compreensão da subjetividade em contextos de vulnerabilidade, seja no trabalho informal, nas relações de gênero, na infância ou nos desastres socioambientais.

Abrimos a edição com uma entrevista exclusiva com Daniela da Cunha Lopes, referência nacional na Gestão Integral de Riscos e Desastres (GIRD). Entrevistada por Victor Hugo Turezo e Uelison Vaz França, Daniela Lopes compartilha sua trajetória pioneira no campo, defendendo que a psicologia deve atuar de forma sistêmica e preventiva, e não apenas no momento da resposta às crises. Sua fala provoca a categoria profissional a ocupar espaços na formulação de políticas públicas, integrando a saúde mental como um direito humano fundamental e indissociável da segurança ambiental.

Aprofundando a discussão sobre as fragilidades do cotidiano, o artigo de Jucimaura da Cruz e Dias, Marcela Andrade Rios, Luzia Célia Batista Soares, Pablo Luiz Santos Couto e Mauro César Ribeiro dos Santos investiga a saúde mental de trabalhadores feirantes no interior baiano. O estudo revela uma prevalência significativa de transtornos mentais comuns, evidenciando como a precarização do trabalho informal e as jornadas exaustivas impactam severamente o bem-estar psíquico dessa população.

A questão de gênero e o acesso ao cuidado são temas centrais nos próximos dois textos. No artigo “Quando o homem vai ao psicólogo? Perfil masculino de usuários em um serviço público de psicologia”, Ebson Lucas Leopoldo de Araújo, Flávio Lúcio Almeida Lima e Regina Lígia Wanderlei de Azevedo discutem como as construções sociais da masculinidade e a idealização da virilidade ainda afastam os homens das práticas preventivas de saúde mental. Como contraface e complementando esse olhar, Larissa Gabrielle de Oliveira e Maiara Leandro exploram as percepções de psicólogas no atendimento a mulheres em situação de violência. O estudo qualitativo em questão destaca o acolhimento como estratégia vital para a ressignificação de traumas e a importância do fortalecimento das redes de apoio formal e informal.

A potência do território e dos grupos terapêuticos é explorada por Juliane de Pinho Silva, Bianca Vian e Maria Eduarda Foncharte Ranzzi de Oliveira, que relatam a experiência de um grupo de exercício físico para usuários de CAPS AD em espaços públicos. As autoras demonstram que a prática esportiva orientada por profissional especializado atua como um poderoso dispositivo de reabilitação psicossocial que fortalece o vínculo com o serviço de saúde, assim como a ocupação de praças e parques promove a reinserção social e o combate ao estigma associado ao uso de substâncias.

No campo da infância e adolescência, esta edição traz contribuições muito pertinentes para pensar a atualidade. Em “Percepções e estratégias dos servidores do CAPSi no acompanhamento de crianças com sofrimento psíquico”, Clara Campelo de Albuquerque Soares, Eline Isabelle Oliveira Reis, Taís Rabe Gonçalves, Tathiana Accioly Bezerra e Luana de Melo Ribas investigam a atuação de profissionais de saúde em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) no Distrito Federal, buscando compreender como as crianças em sofrimento psíquico são acolhidas e acompanhadas neste dispositivo de saúde mental. Apontam ainda o aumento de demandas complexas, como o autismo, e a centralidade de recursos como o brincar e a arte para o estabelecimento de vínculos eficazes e o acolhimento de crianças.

Já o sofrimento adolescente é abordado sob dois prismas complementares. Giovana Medeiros Monteiro e Vilma Valéria Dias Couto, no artigo intitulado “Automutilação em adolescentes: Um estudo no contexto de um grupo terapêutico”, interpretam o fenômeno em questão como uma forma de expressão física de angústias que ainda não encontram lugar na palavra, analisando sua conexão com o corpo e o vínculo materno, e coroam o estudo com reflexões fundamentais sobre o potencial dos grupos para o acolhimento clínico destes casos. Em seguida, o artigo de Andréa Maria Rigo Lise, Rosa Maria Rodrigues, Cíntia Nasi, Bruna Tais Zack, Luísa Rigo Lise e Gicelle Galvan Machineski fornece dados quantitativos sobre o impacto negativo da pandemia da COVID-19, revelando uma prevalência alarmante de sintomas de ansiedade entre jovens, a crescente necessidade de suporte especializado frente ao impacto negativo do isolamento social e outros fatores que culminam na severidade do quadro.

Por fim, Marcos Melo Marques Carneiro e Louise Cristine Santos Sobral, em revisão sistemática criteriosa de estudos publicados entre 2019 e 2024, intitulada “Regulação emocional, ansiedade e depressão no transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática sobre suas relações”, demonstram como a regulação emocional atua como um mecanismo mediador crítico, revelando que a vulnerabilidade a estratégias

desadaptativas intensifica a ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos em indivíduos com TEA. Ao discutir o impacto da alexitimia e da inflexibilidade cognitiva, os autores não apenas mapeiam desafios clínicos, mas também denunciam a lacuna de instrumentos de avaliação adaptados à realidade brasileira e a urgência de intervenções focadas na inteligência emocional.

Desejamos que este conjunto de reflexões e dados inspire novas práticas e reforce a importância de uma psicologia engajada, sensível às particularidades de cada sujeito e aos territórios que habitam.

Alexandra Arnold Rodrigues
Editora

A Psicologia no Centro da Prevenção ao Desastre: Testemunho, Pioneirismo e Desafios da Psicologia na construção da Gestão Integral de Riscos e Desastres no Brasil

The Psychologist at the Center of Disaster Prevention: Testimony, Pioneering Work, and the Challenges of Psychology in Advancing Integrated Disaster Risk Management in Brazil

Daniela da Cunha Lopes , Victor Hugo Turezo  e Uelison Vaz França 

A intensificação das catástrofes socioambientais nas últimas décadas tem evidenciado a necessidade de abordagens cada vez mais amplas e articuladas no campo da prevenção a riscos e desastres no Brasil. Nesse contexto, a Gestão Integral de Riscos e Desastres (GIRD) consolida-se como uma perspectiva intersetorial e multidisciplinar, voltada à integração de diferentes áreas de atuação e à articulação dos diversos eixos que a constituem, sendo eles: prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação. Com isso, mais do que responder a situações eminentes de desastres, tal campo de atuação busca fortalecer vínculos comunitários, reduzir vulnerabilidades e promover respostas capazes de considerar as dimensões sociais, ambientais e psicossociais dos desastres.

É nesse horizonte que se insere a trajetória profissional e acadêmica de Daniela da Cunha Lopes, referência nacional no campo da Psicologia das Emergências e Desastres. Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) e em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB), com especialização em Psicodinâmica do Trabalho e Gestão do Estresse, Lopes atuou na área pública federal e do Distrito Federal, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e formulação de políticas públicas voltadas à Gestão Integral de Riscos e Desastres. Sua trajetória reúne passagens pela Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC), pela Secretaria de Estado de Defesa Civil do Distrito Federal e pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, onde construiu uma atuação marcada pela interlocução entre prevenção e promoção de saúde mental no contexto de riscos e desastres. Mestranda em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP), integrante do grupo de pesquisa Jornalismo Humanitário e Media Interventions (HumanizaCom) e pesquisadora vinculada à Universidade Federal Fluminense (UFF), hoje Daniela dedica-se, especialmente, às discussões sobre gestão da redução de riscos e gerenciamento de desastres socioambientais. Além de atuar como consultora independente na área, assina a coluna *Psicologia nos Desastres*, da revista *Emergência*, e é autora do livro *O psicólogo na redução dos riscos de desastres*, bem como organizadora de diversas obras e autora de artigos científicos e materiais técnicos sobre o tema.

Realizada de forma on-line em janeiro de 2026, a presente entrevista propõe uma reflexão crítica sobre a construção do campo da Gestão Integral de Riscos e Desastres no Brasil e sobre a contribuição da Psicologia para o desenvolvimento da área no país. Ainda, discute os desafios da atuação profissional em contextos de desastre, a centralidade da saúde mental na garantia de direitos humanos e a importância da mobilização da categoria para o enfrentamento, principalmente preventivo, aos desastres.

Victor Hugo Turezo: Primeiramente, eu gostaria que você se apresentasse e nos contasse quem é a Daniela Lopes; quais os motivos que a levaram a ingressar no campo da Gestão Integral de Riscos e Desastres e quais as experiências que marcaram o seu percurso formativo nessa área.

Bom, eu me chamo Daniela Lopes, tenho 54 anos e, como formação profissional, eu fiz a minha primeira graduação em Serviço Social na Universidade de Brasília. Me formei no ano de 1993 e, no início do ano seguinte, entrei no concurso público do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal para o cargo de assistente social daquela instituição.

Naquele contexto, eu trabalhava como assistente social na construção de uma política de atendimento em saúde mental para os militares do Corpo de Bombeiros de Brasília e, também, no atendimento — em alguma medida, extensivo em termos de garantia de direitos — para os dependentes, para os familiares desses militares. Mas o meu principal foco de atenção naquele momento, até o ano de 2003, foi a saúde militar desses profissionais, que, aí, hoje, a gente chama de profissionais de primeira resposta, que são os bombeiros de Brasília.

No entanto, no ano de 2003, eu fui convidada pelo Secretário Nacional de Defesa Civil para ir para a Secretaria Nacional de Defesa Civil na condição de assistente social. Naquela ocasião, a intenção do convite era que eu pudesse contribuir na estruturação do programa de assistência humanitária em situações de desastre, que é um campo bem definido de atuação do serviço social. Então, o nosso trabalho era pensar que tipo de benefício e de garantias de direitos humanos básicos a gente poderia estruturar enquanto política pública de assistência para estes contextos de desastre. Nesse ano de 2003, eu já tinha ingressado no curso de graduação de Psicologia e estava no segundo ano de formação.

Quando eu cheguei à Secretaria Nacional, de novo como assistente social, comecei a me aproximar da temática de Defesa Civil, naquele momento — ainda mais do que hoje — voltada para a ocasião da resposta ao desastre. Então, eu comecei a atuar como assistente social em todos os grandes eventos, em todos os grandes desastres que aconteciam no país naquele momento.

Para estruturar essa política de assistência, e indo nesses desastres como assistente social e como estudante de psicologia, eu comecei a me dar conta que, para além das questões relacionadas a garantias de direitos e de assistência, tinham conteúdos naqueles cenários e que envolviam os sujeitos que estavam presentes ali, tanto as vítimas diretas como os profissionais que atuavam naqueles contextos. Eles tinham questões que estavam para além das questões relacionadas à assistência; na verdade, eram questões relacionadas à subjetividade daqueles sujeitos. E eu comecei a me dar conta que aquilo era campo da psicologia, questões que estavam relacionadas à psicologia enquanto ciência, enquanto profissão, que eram fenômenos que eu comecei a observar como psicóloga, e não como assistente social somente. Nesse momento, eu estava lá pelo sexto, sétimo semestre de curso e, aí, eu comecei a pesquisar onde é que tem isso, onde é que tem essa atuação do psicólogo nesse contexto de desastre.

No Brasil, naquele momento, eu não identifiquei ninguém que atuasse especificamente nesses cenários. A gente já tinha profissionais atuando no contexto de luto, mas, especificamente com uma atuação profissional no campo dos desastres, eu não identifiquei. Levei isso para a faculdade em que eu fazia a graduação e foi muito interessante, porque, naquele momento, também causou estranheza. Alguns professores falavam: “Você está querendo trabalhar com luto”. Eu falava: “Não, eu não estou querendo trabalhar com luto. Eu pelo menos percebo que não é só isso. Eu estou dizendo que existe um cuidado nesses cenários que não é só em função das perdas, eventualmente, de vidas que ocorreram. Não é só isso”. Era o que eu defendia.

Então, no campo, na academia — pelo menos ao qual eu tinha acesso, inicialmente, também não consegui eco. Foi aí que eu procurei o Conselho Federal de Psicologia (CFP) para apontar que estava trabalhando numa área, com o respaldo de quem estava na direção da Secretaria Nacional de Defesa Civil, que me deu carta branca. À época, conversei com o secretário [da Secretaria Nacional de Defesa Civil] e disse a ele: “Olha, secretário, eu acho que tem coisas aqui que a gente precisa dar conta no campo

do cuidado, que não é só da assistência humanitária concreta”. E ele falou: “Ok, se você acha que é, então você vai procurar onde é que tem”. E aí eu procurei o Conselho Federal de Psicologia para dizer a mesma coisa. Expus que enxergava uma possibilidade de ocupação da categoria, da profissão, nessa política pública, que estava se conformando naquele momento de Defesa Civil e que eu entendia que era campo de atuação da psicologia; mas que, como estudante, precisava saber se era isso mesmo, se o Conselho estava de acordo.

Aí foi muito interessante, porque também, naquele momento, o Conselho Federal de Psicologia contava com uma gestão que abraçou esse convite-provocação que eu fiz. A partir disso, estabelecemos uma parceria da Secretaria Nacional de Defesa Civil com o Conselho Federal de Psicologia para que a gente começasse a construir este campo como sendo um campo possível e necessário de atuação da psicologia — como ciência e profissão. Me formei em 2005, e a minha monografia de final de curso, depois de muita dificuldade para conseguir até um orientador — meu orientador, inclusive, se interessou pelo meu trabalho porque ele era cubano e lá já havia uma literatura consistente sobre a atuação da psicologia nesse campo, além de uma atividade de campo nessa área.

Portanto, a minha formação na psicologia foi orientada para o campo das políticas públicas e, junto com meu orientador, procuramos pessoas na América Latina que trabalhassem com o tema. Nós identificamos, portanto, que no Brasil a gente não tinha quem trabalhasse diretamente com a temática dos desastres; então, nós fomos costurando a partir de áreas que considerávamos adjacentes, como a psicologia ambiental. E aí, eu fui levando o conteúdo de pesquisa para os colegas do Conselho Federal de Psicologia e disse: “Olha a gente tem outras possibilidades de atuação — a nossa atuação não se dá apenas no momento que o desastre acontece”. Por exemplo, a Defesa Civil concebe outras fases como a prevenção, a preparação, a resposta (que é no momento do desastre) e, depois a reconstrução — e em todo esse processo existem pessoas. Então, a gente precisa cuidar dessas pessoas em todas essas fases.

Com isso, passamos a identificar quais eram as psicologias que poderiam contribuir com o processo que, um pouco

mais à frente, tornou-se a Gestão Integrada de Riscos³ e Desastres. Então, na fase preventiva, a gente começou a identificar que quem trabalhava com a psicologia educacional e com a psicologia organizacional entendia em alguma medida a proposta da psicologia ambiental — esses campos tinham conteúdos que iriam contribuir para essa nova área que a gente estava formando. E aí, em 2006, a gente organizou o primeiro Seminário Nacional de Psicologia de Emergências e Desastres, a partir desse esforço inicial de construir os conteúdos que deveriam ser a base para a atuação nesse campo, e trouxemos os colegas do Brasil, que já trabalhavam com a psicologia ambiental, como, por exemplo, a professora Ariane Kuhnen, de Santa Catarina e a professora Ângela Coelho, do Mato Grosso, que trabalhava com a questão da seca no Nordeste. Trouxemos, ainda, pesquisadores de Cuba, como o professor Alex Ruiz, que veio trabalhar no desastre do Césio-137, ainda no final da década de 1980, no Brasil. Foi ele, inclusive, que organizou o atendimento psicológico em Goiânia e veio colaborar com a gente nesse seminário. O evento também contou com a colaboração das colegas Claudia Gomes e Suzana Chames, da Argentina; Rodrigo Molina, do Chile; e Arturo Marinero, do México, que trabalhavam no campo.

Foi neste seminário que a Secretaria Nacional de Defesa Civil, com a chancela do Conselho Federal de Psicologia, inaugurou o campo da Psicologia das Emergências e Desastres. Mesmo que você atue como profissional no momento da resposta, é necessário compreender que o desastre é resultado de um processo de exclusão social e de um somatório de vulnerabilidades, onde as comunidades — e os sujeitos que as ocupam — estão inseridas. Então, apesar de o campo ter nascido com a nomenclatura de Psicologia das Emergências e Desastres, já nasceu com a compreensão de que era uma psicologia que tinha que atuar sistemicamente, compreendendo esse processo de maneira integral.

Já em 2010, quando vem a primeira nota técnica do Conselho Federal de Psicologia para atuação nessa área, ela é renomeada para Psicologia da

³ Ao longo do texto, a entrevistada utiliza a expressão Gestão Integrada de Riscos e Desastres, pois entende que as ações deste campo de atuação devem ser coordenadas, sistêmicas e interdependentes.

Gestão Integrada de Riscos e Desastres. Pouco antes da publicação dessa primeira nota técnica, eu, enquanto diretora do Departamento de Minimização de Desastres da Secretaria Nacional de Defesa Civil, fiquei responsável pelo processo de capacitação e oferta de cursos no campo de Defesa Civil para o Brasil inteiro. Em 2010, a gente organizou o primeiro curso de psicologia para a Gestão Integrada de Riscos e Desastres, que era um curso a distância, com 1.500 vagas para psicólogos e não psicólogos. O objetivo era difundir, divulgar e informar quais eram as possibilidades de atuação da psicologia para o campo da Defesa Civil — o que foi um marco histórico tanto para o campo da Defesa Civil como para o campo da psicologia, porque foi quando a gente percebeu que a área começou a ser democratizada.

As pessoas começaram a olhar, de fato, para essa área como um espaço possível de atuação profissional, e, na medida em que, junto com isso, a gente passou a lidar com a progressão e a intensificação dos desastres, o que começou a acontecer é que a nossa atuação foi se tornando cada vez mais necessária.

Victor Hugo Turezo: A partir de que momento você percebe que a atuação do campo da psicologia se torna relevante na Gestão Integral de Riscos e Desastres?

Eu acho que as coisas aconteceram em um mesmo movimento. No ano de 2008, a gente teve um grande desastre na região Nordeste, que afetou os estados de Pernambuco, Maceió, Alagoas, Paraíba e, principalmente, a Bahia, com a destruição bastante importante de muitos municípios. Naquele momento, eu fui a campo em todos os estados e como já tinha essa mobilização junto ao Conselho Federal de Psicologia, a gente começou a acionar os Conselhos Regionais dessas regiões — convidando profissionais que pudessem colaborar com as defesas civis dos municípios de maneira voluntária na organização dos abrigos provisórios. Como eu estava, naquele momento, em uma função de gestão, quando a gente fazia as reuniões dos gabinetes de crise para a gestão do desastre nos estados, nós começamos a convidar os colegas que estavam na Secretaria de Saúde, na Secretaria de Assistência Social, na Secretaria de Educação, coisa que não acontecia antes. Eu me

lembro que nessa ocasião, as primeiras reuniões que eu fazia e que eu pedia para que elas comparessem aos gabinetes de crise, alguns profissionais da psicologia e de serviço social que estavam nessas pastas me diziam que não era um campo de atuação possível para esses profissionais. Diziam-me que não era tema da psicologia e tampouco do serviço social.

Então, a coisa foi acontecendo meio que junto: a instauração do campo de conhecimento, junto com a atuação enquanto necessidade. O curso ofertado no ano de 2010 permitiu, justamente, diminuir a estranheza da inserção dos profissionais da psicologia e do serviço social. Então, a ideia do curso era fazer esse grande chamamento a partir da democratização do conhecimento da área. E aí, em 2011, a gente teve o grande desastre da Região Serrana do Rio de Janeiro, que está completando 15 anos agora [em 2026]. E eu acho que esse evento foi o grande ponto de inflexão do nosso campo, porque, como foi um desastre muito grande, eu me lembro que teve uma quantidade enorme de colegas se apresentando como voluntários, e julgo que isso foi resultado da massiva divulgação que realizamos como possibilidade de área de atuação. E, diante da magnitude daquele desastre, muitos profissionais voluntários vieram de todo o país dizendo que queriam ajudar. Mas por que isso foi um problema? Porque esses profissionais não estavam capacitados para atuar naquele tipo de cenário. Então, até por uma questão de vício de formação — que ainda hoje eu acho que a gente tem uma formação [na graduação de psicologia] voltada para a área clínica —, muitos desses profissionais iam a campo e muitos, ainda hoje, vão com a ideia de que a gente vai atuar numa perspectiva de atenção terapêutica, de intervenção do luto; e não é isso. Mas, enfim, eu acho que o desastre da Região Serrana foi esse grande ponto de inflexão para a nossa área.

Além disso, outra questão que estava acontecendo nesse mesmo momento — e que também se mistura com a minha história — é que, do ano de 2007 até 2011, eu fiz parte da diretoria da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP). E aí, junto, então, da Secretaria Nacional de Defesa Civil, do Conselho Federal de Psicologia e da ABEP, a gente estava fazendo um movimento para tentar

inserir nos conteúdos de graduação, ainda que de maneira transversal, a temática do campo da Gestão Integrada de Riscos e Desastres ou da Psicologia das Emergências e Desastres. Assim, as coisas foram acontecendo: esse movimento foi feito de uma forma articulada, ao mesmo tempo que os desastres foram se intensificando.

Victor Hugo Turezo: Gostaria, agora, que você pudesse comentar sobre a Lei n. 12.608, de 2012, que instituiu a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil. Qual a importância desta lei para o campo da Gestão Integral de Riscos e Desastres? Quais os avanços obtidos no campo a partir deste marco legislativo? Em uma outra conversa que tivemos, em abril de 2025, você comentou que teve participação ativa em sua elaboração. Pode nos dizer como foi essa experiência?

A instituição da Lei n. 12.608, de 2012, foi importantíssima. Eu diria que realmente é um marco. Para que haja uma política pública instaurada, nós precisamos de uma lei que a ampare. Foi quando a gente, oficialmente, pôde definir para o país uma política pública de Proteção e Defesa Civil. De 2003 a 2010 – momento dos dois primeiros governos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva –, a gente compreendia que havia de estabelecer um campo fértil de garantias de direitos, em diferentes áreas, para todos.

Em 2003, quando a gente chegou à Defesa Civil, para você ter uma ideia, a Secretaria tinha 11 funcionários que eram todos de outros órgãos. A Defesa Civil não tinha um quadro próprio de funcionários porque todas as suas ações no país, naquele momento, se limitavam ao repasse de recursos quando acontecia algum desastre. A situação de emergência era decretada e o governo federal tinha essa secretaria que cuidava de cancelar a situação de emergência para que, posteriormente, fosse repassado o recurso a nível federal. Era uma secretaria que atuava unicamente no contexto da resposta ao desastre – e resposta compreendendo o repasse de recursos no momento da ocorrência do desastre.

Mas, com a compreensão de que a gente precisava ampliar para as outras fases que englobam a gestão de risco, a atuação da secretaria foi ganhando corpo,

e a gente começou a fazer os cursos não só para os profissionais de Defesa Civil, mas para a população em geral, com o intuito de que ela também pudesse identificar os riscos. Com isso, em 2004, foi a primeira vez que a gente ouviu os alertas da Defesa Civil ganharem notoriedade a nível nacional. Eu me lembro de que foi a primeira vez que a gente teve uma euforia junto à pequena equipe que trabalhava na Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil quando o William Bonner [jornalista e âncora do Jornal Nacional à época] disse: “A Defesa Civil alerta que vai haver chuvas fortes”. Isso não acontecia.

Foi nesse contexto que as atividades foram ganhando corpo. A necessidade de construção de percepção de risco e de desenvolver atividades de prevenção foi sendo elaborada, pois elas não eram feitas – o recurso era só para a recuperação. E isso tudo era orientado por decreto, por mais que a gente tenha ampliado essa atuação, todas as atividades de 2003 até 2012 ainda eram orientadas por decreto – então tinha essa fragilidade, já que eles iam se modificando, porque o decreto é facilmente modificado.

Então, de 2003 a 2012, a Secretaria foi ampliando o escopo das ações. Tivemos a instituição de vários decretos porque, a cada novo decreto, surgiam novas demandas: precisávamos fazer mais ações de prevenção, mais ações de preparação, e tudo isso ia sendo incorporado. À medida em que esses pontos eram incluídos, o decreto anterior perdia efeito e outro passava a vigorar. Mas ainda era tudo baseado em decreto, o que deixava a estrutura frágil. Foi, então, que começamos a fortalecer esse discurso, junto com uma articulação política que acontecia nos estados, nos municípios e também no âmbito federal: era preciso uma lei que orientasse essas ações.

Nessa época, acho que o Estatuto das Cidades veio primeiro, talvez em 2001. A Defesa Civil nacional participou da construção do Estatuto das Cidades e, a partir dessas discussões que aconteciam no âmbito da Casa Civil, começamos a defender que precisávamos fazer o mesmo no campo da Defesa Civil: construir uma lei específica para orientar a área. Agora, o que acontece? Naquele momento, a gente entendia – e isso ainda acontece muito – que seria necessário um esforço grande para incluir na

lei aquilo que defendíamos: a ampliação das ações de prevenção e preparação. Só que isso também significava destinar recursos para essas ações. E, toda vez que se discute uma nova lei, é assim: quando a questão dos recursos aparece, surgem as dificuldades. Porque é preciso tirar verba de algum lugar para colocar em outra área, e muitas vezes é aí que as coisas acabam não avançando.

O que eu estou contando com essa história é o seguinte: quando a lei saiu, em 2012, muita gente ficou com a impressão de que ela tinha sido criada por causa do desastre da Região Serrana. Mas não foi. A lei já vinha sendo construída nesse processo a bastante tempo. Quando aconteceu o desastre da Região Serrana, a lei praticamente já estava pronta. O que mudou foi que o Congresso entendeu que não dava mais para adiar a votação daquela lei. Aí, o deputado Glauber Braga (PSOL-RJ), que foi uma espécie de padrinho da proposta, levou o texto para votação e articulou sua aprovação. Como ele era do estado do Rio de Janeiro, naquele contexto, acabou ficando para a opinião pública a ideia de que a lei tinha surgido em função da tragédia da Região Serrana.

E aí, o interessante é que a lei foi instituída, mas o foco continuou sendo a resposta aos desastres. As ações previstas na própria lei seguiram sem regulamentação. Tanto que o decreto de regulamentação da lei de 2012 só saiu no ano passado, em 2025. Então, isso é um exemplo muito claro de que o país ainda não conseguiu consolidar plenamente essa agenda de prevenção. Claro que, nos últimos 20 anos, avançamos muito – principalmente se compararmos com aquele cenário de 2003 que eu te contei –, mas ainda estamos patinando bastante nessa questão da prevenção.

Então, a gente avançou muito. Um exemplo disso foi a criação do Centro Nacional de Gerenciamento de Desastres. Ele começou a ser montado numa salinha pequenininha, ali por 2004 ou 2005, mas o Centro Nacional só foi oficialmente instituído em 2011. E aí, de novo, parece que tudo acontece em função dos desastres, como se o desastre fosse aquele empurrão que acelera as coisas. O que aconteceu foi o seguinte: durante anos, os secretários de Defesa Civil insistiam que era preciso investir na criação do Centro Nacional de Gerenciamento de Desastres,

porque era necessário desenvolver sistemas de alerta e outras ações de prevenção. Mas isso sempre esbarrava na questão dos recursos. Dinheiro para prevenção quase nunca aparecia. O recurso acabava sendo destinado, principalmente, para a resposta aos desastres.

Victor Hugo Turezo: Me parece, nesse sentido, que a lógica acaba se invertendo, não é? É como se somente a morte e os desastres fossem impulsionadores da ação do Estado para a criação de políticas públicas.

Eu acho essa reflexão muito interessante, porque vejo que a psicologia teve – e acho que isso foi um grande privilégio, uma coincidência também – a oportunidade de estar naquele momento dentro dessa pasta, junto com a presença de um gestor que deu abertura para isso. Na medida em que fui buscando parceiros, deixou de ser apenas eu ocupando aquele espaço. A psicologia passou a exercer um protagonismo importante na construção dessa política pública, enquanto área de conhecimento. Porque, como eu disse a você, essas dificuldades não são exclusivas da política de Defesa Civil. A mesma coisa acontece na educação, na assistência e em várias outras áreas.

A gente quase nunca consegue recursos para ações de prevenção e desenvolvimento. Como você mesmo disse, estamos sempre correndo atrás do prejuízo. Mas, apesar disso, essa lógica mais humanitária de construção da política pública teve uma participação muito forte do conhecimento da psicologia. E aí, a gente foi construindo essas alianças não só com a psicologia, mas também com o serviço social e a área médica. Voltando ao meu papel como assistente social e, ao mesmo tempo em que eu atuava nisso, também fui articulando com o Ministério do Desenvolvimento Social. Porque, no início, por exemplo, as cestas de alimentos em situações de desastre saíam diretamente da SEDEC.

Isso acontecia porque o Desenvolvimento Social ainda não tinha incorporado plenamente que essa também era uma responsabilidade da assistência social. Então, a gente começou a organizar essas entregas de cestas e, depois, trouxe o próprio Ministério do Desenvolvimento Social para a conversa, no sentido de construir juntos como essa

assistência deveria funcionar. Com isso, a assistência em situações de desastre passou a ser integrada à política de assistência social. Hoje, por exemplo, quem executa esse tipo de ação já não é mais a Defesa Civil, mas sim o Ministério do Desenvolvimento Social, em articulação com a política de assistência social. O mesmo aconteceu na área da saúde. Em 2004, a partir da Defesa Civil, também buscamos o Ministério da Saúde para discutir que, em situações de desastre, era necessário organizar kits de medicamentos, já que os municípios muitas vezes perdem seus insumos.

Então, o papel da Defesa Civil é justamente esse: articular os diferentes atores. Aqui entra um ponto importante, por exemplo, a área da saúde. Foi esse olhar da psicologia como ciência – que entende que existem múltiplos espaços de cuidado – que ajudou a puxar essa articulação. A lógica era: não dá para ficar isolado, precisamos trazer o pessoal da saúde para dentro dessa construção.

Eu já tinha colegas da saúde que precisavam assumir a responsabilidade pela elaboração dos kits de medicamentos. E o primeiro kit que fizemos com o Ministério da Saúde foi em 2004. Hoje, isso já não é mais uma atribuição da Defesa Civil: em caso de desastre, o próprio Ministério da Saúde já sabe que o kit de medicamentos é responsabilidade dele. Essa articulação hoje é mais orgânica. E isso foi um grande avanço de 2003 até aqui, algo que não aconteceu por causa da lei. Quando a lei veio, isso já estava em curso. Mas a partir dela, esse processo passou a ser uma obrigação formal entre União, estados e municípios – e, nesse sentido, não tem mais como voltar atrás. Hoje já existe um campo consolidado de política pública de Proteção e Defesa Civil.

Outro marco importante, em que a psicologia também teve participação, foi a primeira Conferência Nacional de Proteção e Defesa Civil, organizada a partir do departamento que eu dirigia. Foi a primeira vez que o tema da Defesa Civil foi levado a uma consulta pública ampla. Fizemos conferências em todos os estados e nos municípios com maior incidência de desastres. A Defesa Civil trouxe e custeou a vinda de todos os delegados para Brasília. E esse processo da conferência, inclusive, foi anterior à própria lei. Então,

na própria conferência, saíram itens e deliberações que estão presentes na lei que foi instituída em 2012. Então, você vê que a construção da lei, de novo, não foi por causa da região serrana. Ela vinha sendo gestada neste processo, que culminou, inclusive, com a Conferência Nacional de Defesa Civil, com essa consulta comum no país inteiro.

Você vê que teve uma grande participação do olhar da psicologia. A primeira conferência, inclusive, não era só a Conferência Nacional de Defesa Civil: era a Conferência Nacional de Defesa Civil e Assistência Humanitária. Esse “e assistência humanitária” acabou sendo uma espécie de marca de que ali existia um campo de subjetividade, de cuidado com o sujeito, e um cuidado que precisava ser garantido de forma permanente, como direito e como proteção. Isso foi resultado de todo esse processo.

Victor Hugo Turezo: Daniela, a partir de toda trajetória que você vem rememorando em nossa conversa, da construção das políticas públicas, da articulação entre as áreas e da inserção da psicologia nesse campo, quais você considera as suas principais contribuições para a área da Gestão Integral de Riscos e Desastres?

Bom, eu percebo que, primeiro de tudo, houve uma construção muito importante da ideia de que a assistência humanitária vai muito além do simples repasse de recursos. Ela envolve direito à proteção, abrigo, saúde, segurança e os princípios básicos de dignidade. Isso não era algo colocado em pauta quando eu entrei na Defesa Civil em 2003. Não se falava disso. O desafio era justamente afirmar que, em situações de desastre, era preciso garantir normas mínimas de direitos humanos.

Eu tenho muito orgulho de ter contribuído com essa perspectiva, que foi, inclusive, a base do meu primeiro trabalho na Defesa Civil, ainda como assistente social, antes mesmo de atuar como psicóloga. Depois, já pela psicologia, uma contribuição importante foi ajudar a abrir esse campo, articulando com diferentes parceiros – o Conselho de Psicologia, a Associação Brasileira de Ensino e a academia. Foi um movimento, ao mesmo tempo, de buscar apoio e de afirmar: existe aqui um espaço legítimo de atuação da psicologia dentro da política pública, e ele precisa ser ocupado.

Nesse sentido, acho que meu olhar de política pública já vinha antes, muito pela formação em serviço social. Então, quando passei a atuar com a psicologia nesse contexto, já era com a compreensão de que não se tratava de uma atuação clínica, mas de um campo de política pública a ser construído. Acho que outra contribuição importante foi ajudar a estruturar essa leitura de uma psicologia social voltada para esse campo, junto com um esforço de democratizar o conhecimento, tanto sobre riscos e desastres quanto sobre a própria psicologia nessa área. Isso se traduziu, por exemplo, na organização de cursos sobre psicologia, comunicação de risco, preparação de comunidades e mobilização comunitária para redução de risco de desastres, realizados em diferentes regiões do país.

Victor Hugo Turezo: Como a Psicologia das Emergências e Desastres era compreendida antes desse movimento de ampliação do campo? E, na sua avaliação, é possível falar em uma mudança de paradigma ao longo do tempo, que tenha deslocado essa atuação mais responsiva para uma abordagem preventiva voltada à psicoeducação, à mobilização comunitária e à construção de uma cultura de conscientização sobre riscos nas cidades e nos territórios?

Não, infelizmente, não podemos pensar em mudança de paradigma de nossa categoria. Eu queria muito poder te responder de forma diferente. O que eu continuo vendo, inclusive nas situações em que sou procurada para colaborar na orientação de colegas que estão na ponta, é que a atuação da psicologia ainda se concentra, na maioria das vezes, no momento do desastre. Eu quase sempre sou acionada nesse contexto: “Ajuda a gente a organizar a atuação no abrigo”, “como lidar com essa situação no momento da resposta?”. Como não estou mais vinculada a nenhuma instituição, isso fica ainda mais evidente na minha experiência atual. Muito raramente sou chamada para apoiar a construção de planos de contingência nos municípios ou para contribuir com processos de educação comunitária, educação ambiental ou preparação prévia.

Eu sei que existem boas práticas no país, com participação de psicólogos nessas frentes mais preventivas, mas elas ainda são pontuais. Em termos

de volume, o que predomina mesmo é a atuação no momento da resposta, seja por profissionais da psicologia que atuam como voluntários, seja por aqueles que estão inseridos na assistência ou na saúde. E aí, eu queria enfatizar uma coisa: não é que isso não deva ser feito ou que não seja necessário, mas o ponto é que não pode ser só isso. O sujeito que foi afetado por um desastre é o mesmo que circula e é atendido no Centro de Assistência Social (CAPS), na Unidade Básica de Saúde (UBS), nas escolas do município. Ou seja, é alguém que já está inserido em uma rede de políticas públicas e que precisa de acompanhamento permanente, inclusive, considerando a experiência do desastre como parte da sua trajetória.

Porque, na prática, esse sujeito já vive em contextos de vulnerabilidade múltipla. Ele está em área de risco, tem restrições de acesso a direitos, serviços e condições básicas de proteção. O desastre não é um evento isolado na vida dele; ele é mais um elemento dentro de um processo contínuo de vulnerabilização. Por isso, esse cuidado não pode ser entendido como algo pontual. Mas, na prática, ainda funciona muito assim: a gente abre um “parêntese” no momento do desastre, atende aquele sujeito por causa daquele evento e depois segue adiante como se nada tivesse acontecido. Só que o desastre faz parte dessa história de vida. E, mais do que isso: se eu preciso acolher esse sujeito no momento do desastre, é porque, de algum modo, a rede de políticas públicas anterior não conseguiu protegê-lo. Ele não estava em um território seguro, não tinha informação suficiente, nem acesso adequado aos serviços que poderiam reduzir aquele risco. Se ele não estivesse submetido a essas vulnerabilidades, provavelmente não teria sido afetado daquela forma. Então, o desastre não pode ser tratado como um parêntese – e a nossa atuação também não deveria ser. Mas eu percebo que, na prática, ainda acaba sendo assim.

E, para que isso aconteça, eu penso que, antes de tudo, a gente precisa mudar a lógica da formação. Esses conteúdos precisam entrar de maneira mais consistente nos cursos. No ano passado [2025], em maio, participei de um encontro organizado pelo Conselho Federal de Psicologia com as Comissões de Psicologia, Emergências e Desastres dos estados. E, o

que ouvi dos colegas confirmou muito o que também escuto de profissionais que atuam diretamente nos municípios: hoje muitos psicólogos já compreendem que a atuação não pode ficar restrita ao momento da resposta. Mas a grande pergunta é: “O que eu faço?”, “Como eu faço isso?”. Porque ninguém aprendeu.

Eu mesma não aprendi isso na faculdade. Depois, como diretora da ABEP, tive a oportunidade de conhecer currículos de cursos de psicologia de várias regiões do país, e esse tema praticamente não aparecia. E não é apenas a ausência de uma disciplina específica. Mesmo áreas como psicologia ambiental ou psicologia social não abordam com profundidade as possibilidades de atuação nesse campo.

Porque esse é um campo múltiplo, interdisciplinar por natureza. Eu até brinco que ele nasce “multi”. Então, numa disciplina como a que vocês organizaram, por exemplo, aparecem conteúdos de diferentes áreas – e precisa ser assim mesmo. Talvez essa seja justamente a grande beleza desse campo, pelo menos é o que faz meus olhos brilharem: a possibilidade de mobilizar a psicologia como um todo. Como a gestão de riscos e desastres envolve diferentes fases, ela também convoca diferentes olhares e contribuições da psicologia.

Então, eu acho que a nossa grande fragilidade hoje está justamente aí: ainda não temos uma formação suficientemente consistente para atuar nesse campo de maneira mais ampla. E isso vale tanto para a graduação quanto para a especialização. Hoje já existem alguns esforços importantes. A Fiocruz, por exemplo, tem um curso muito interessante voltado para atuação em emergências e desastres. Eu diria que, atualmente, é uma das principais referências nessa área. Mas não há outras.

E isso se reflete na descontinuidade do suporte psicossocial adequado para esses contextos. Se reflete, inclusive, na desqualificação da nossa profissão; em diferentes momentos, eu já ouvi de gestores, principalmente da Defesa Civil, algo como: “Pelo amor de Deus, não manda voluntário da psicologia para cá”. E isso é muito significativo, porque começa a surgir uma percepção do psicólogo como um problema dentro da gestão do desastre. Mas isso também acontece por desinformação sobre qual

é, de fato, a função da psicologia nesses contextos. Ainda existe muito a ideia de que o psicólogo vai fazer terapia no meio da crise, como se essa fosse a única possibilidade de atuação. E aí entra também uma dificuldade do próprio campo em se posicionar e dizer claramente o que faz e como pode contribuir.

Só que isso acaba virando um ciclo: não se posiciona porque não conhece suficientemente o campo, e não conhece porque também não houve formação para isso. Por isso, eu insisto tanto que a grande questão está no processo de formação. Se tivéssemos uma formação mais consistente, talvez conseguíssemos ocupar melhor esses espaços e compreender a diversidade de atuações possíveis.

Na área da comunicação, por exemplo, a psicologia tem muito a contribuir na construção de estratégias de comunicação de risco, tanto para instituições públicas quanto privadas. Comunicação que ajude a produzir comportamentos de autoproteção, prevenção ambiental e cuidado coletivo. Afinal, trabalhar com comunicação que produz saúde também é parte da nossa área. Na psicologia educacional acontece a mesma coisa. Como construir, nos processos educativos e relacionais, uma visão de mundo mais sustentável? Como fortalecer a relação das pessoas com o território, com o meio ambiente e com os impactos que surgem dessa relação?

No fundo, é uma forma mais sistêmica de compreender a relação do sujeito com o mundo e com as mudanças climáticas. E eu costumo dizer, apesar dos colegas não psicólogos brincarem que estou puxando a sardinha para a psicologia, que as mudanças climáticas também são um tema da psicologia, porque são um tema do existir. O que está em jogo é justamente como vamos continuar existindo nesse contexto de transformação climática. Como vamos nos relacionar com essa nova realidade que já está posta.

Victor Hugo Turezo: E para finalizarmos: considerando o cenário atual de crises climáticas cada vez mais frequentes, por que você entende que a Gestão Integral de Riscos e Desastres se torna um tema tão central nos dias de hoje quando falamos de proteção de saúde mental?

Então, porque a temática da redução de riscos é, também, uma temática de preservação e proteção de saúde mental. Não existe saúde mental se a gente não souber como se proteger diante dos múltiplos riscos com os quais convivemos hoje. A psicologia com a qual estamos mais familiarizados, voltada aos processos intrapsíquicos, busca justamente isso: desenvolver autoconhecimento para que o sujeito identifique suas fragilidades e construa ferramentas para lidar com suas vulnerabilidades, produzindo uma vida mais saudável do ponto de vista da saúde mental.

No campo das emergências e desastres, a psicologia também pode ser promotora de saúde mental quando ajuda na construção de ferramentas de percepção de risco, de autoproteção e de proteção coletiva e comunitária. Isso inclui também o cuidado com o ambiente em que vivemos, porque ele é condição da nossa própria existência. Eu costumo dizer que ninguém que vive em uma área de risco, que escuta uma sirene e associa esse som à possibilidade de morte, consegue ter saúde mental. Essa pessoa só terá alguma condição de segurança psíquica se souber o que fazer, para onde ir, como agir no momento de um alerta, e se tiver acesso à informação e a redes de proteção.

Por isso, a temática do risco é também uma temática da psicologia. Ela é uma questão de saúde mental porque é, antes de tudo, uma questão de preservação da vida. E, no contexto atual de mudanças climáticas, o risco deixou de estar “lá longe”. Ele chegou aos grandes centros urbanos. Hoje, pessoas que viviam em áreas consideradas seguras começam a perceber que já não têm mais essa garantia. Isso produz insegurança, fragilidade e medo, especialmente quando não se sabe como agir para proteger a própria integridade. E se, lá em 2003, essa discussão parecia restrita às populações mais vulnerabilizadas, hoje ela diz respeito a todos nós.

Por isso, eu acho que precisamos compreender o risco de desastre como parte do nosso cotidiano. Precisamos conhecer esses riscos, exigir proteção como direito e desenvolver ferramentas individuais e coletivas de proteção. Isso também é saúde mental.

CONTRIBUIÇÃO

Entrevistada:

Daniela da Cunha Lopes

Consultora independente com experiência em políticas públicas, gestão de riscos e desastres, proteção e defesa civil, saúde mental em crises e participação social. Atuou na formulação e implementação de políticas públicas em âmbito federal, cooperação interinstitucional e assessoramento técnico em contextos de elevada complexidade social. Oficial da reserva do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, pesquisadora da Universidade Federal Fluminense (UFF), mestranda em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP) e integrante do grupo HumanizaCom. É referência nacional em psicologia aplicada a emergências e desastres, comunicação de riscos e direitos humanos.

Entrevistadores:

Victor Hugo Turezo

Psicólogo. Atualmente desenvolve projetos e processos formativos junto a movimentos populares urbanos e rurais.

Uelison Vaz França

Graduando em Psicologia pela FAE Centro Universitário.

Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores Feirantes de um Município no Interior Baiano

Jucimaura da Cruz e Dias¹ , Marcela Andrade Rios² , Luzia Célia Batista Soares³ ,
Pablo Luiz Santos Couto⁴  e Mauro César Ribeiro dos Santos⁵ 

Universidade do Estado da Bahia, Guanambi, Bahia, Brasil
Universidade Federal da Bahia, Guanambi, Bahia, Brasil

Resumo: Os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) emergem como uma questão de saúde pública relevante, especialmente entre os trabalhadores feirantes, dadas as vulnerabilidades nas condições de trabalho. Neste sentido, o estudo teve por objetivo identificar a prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores feirantes e seus fatores associados quanto aos aspectos sociodemográficos, ocupacionais e de saúde. Foi realizado um estudo de corte transversal do tipo inquérito junto a 61 trabalhadores feirantes do Mercado Municipal da cidade de Guanambi, localizada no Alto Sertão do Estado da Bahia. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: o questionário sociodemográfico e ocupacional e o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), para a avaliação dos transtornos mentais comuns. O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A prevalência encontrada de transtorno mental comum foi de 31,1%, sendo maior em mulheres, com significância estatística ($p= 0,001$). Dentre os sintomas relatados, os principais foram nervosismo, tensão ou preocupação, seguidos por facilidade em se assustar; a insônia foi o sintoma somático mais predominante. Quanto ao decréscimo de energia vital, 41% relataram cansaço frequente e 31,1% disseram sentir-se cansados o tempo todo. Avaliando os pensamentos depressivos, 6,6% mencionaram ter tido ideias de acabar com a própria vida. Conclui-se que essa população apresenta uma significativa vulnerabilidade ao sofrimento psíquico, evidenciando a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde mental dos trabalhadores feirantes.

Palavras-chave: transtornos mentais comuns, trabalhadores feirantes, trabalho informal, saúde do trabalhador

Common Mental Disorders in Market Workers in a Municipality in the Interior of Bahia

Abstract: Mental and Behavioral Disorders (MBD) are emerging as an extremely relevant public health issue, especially among market workers considered vulnerable due to their working conditions. In this sense, the study aimed to identify the prevalence of common mental disorders in market workers and

¹ Acadêmica do Curso de Bacharelado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Guanambi, Bahia, Brasil. *Email:* jucimauracruzdias84@gmail.com

² Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Guanambi, Bahia, Brasil. *Email:* mrios@uneb.br

³ Mestre em saúde coletiva. Docente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Guanambi, Bahia, Brasil. *Email:* luziasoares@uneb.br

⁴ Doutor em Ciências da Saúde (PPGES/UESB). Mestre em Enfermagem (PPGENF/UFBA). Guanambi, Bahia, Brasil. *Email:* pablocouto0710@yahoo.com.br

⁵ Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Docente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Guanambi, Bahia, Brasil. *Email:* mcesar@uneb.br

Submetido em: 22-01-2025. Primeira decisão editorial: 19-03-2025. Aceito em: 07-08-2025.

their associated factors regarding sociodemographic, occupational and health aspects. A cross-sectional survey study was carried out with 61 market workers from the Municipal Market of the city of Guanambi, located in the high backlands of the state of Bahia. The data were obtained through two instruments, the sociodemographic and occupational questionnaire and the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), for the evaluation of common mental disorders. The study was assessed and approved by the Research Ethics Committee. The prevalence of common mental disorders was 31.1%, being higher in women, with statistical significance ($p = 0.001$). Among the symptoms reported, the main ones were: nervousness, tension or worry, accompanied by being easily frightened, and insomnia was the most prevalent somatic symptom. Regarding the decline in vital energy, 41% reported frequent fatigue and 31.1% said they felt tired all the time. Evaluating depressive thoughts, 6.6% mentioned having had thoughts of ending their own lives. It is concluded that this population presents a significant vulnerability to psychological suffering, highlighting the need for public policies external to the mental health of market workers.

Keywords: common mental disorders, market workers, informal work, worker health

Introdução

Os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) emergem como uma questão de saúde pública relevante, afetando indivíduos de todas as faixas etárias, gêneros e condições socioeconômicas. Esses agravos psicológicos manifestam-se de forma marcante, desencadeando uma gama de sentimentos que incluem o isolamento social e a tristeza, muitas vezes culminando em situações críticas, como o suicídio (Ramos & Silva, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os TMC geralmente são caracterizados por uma complexa interação entre pensamentos, percepções, emoções e comportamentos anormais, podendo influenciar negativamente as relações interpessoais (OMS, 2022). Os sintomas característicos incluem insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, englobando uma variada sintomatologia que soma

elementos característicos de depressão e ansiedade (Goldberg & Huxley, 1992).

Em 2019, a OMS estimava que quase um bilhão de pessoas vivia com algum transtorno mental, dos quais os transtornos de ansiedade e os depressivos são os mais comuns. Além disto, são considerados a principal causa de incapacidade, o que corresponde a um em cada seis anos vividos com esta condição (Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2022). Este adoecimento mental causa um impacto cada vez mais significativo na saúde da população global (Oliveira, 2023).

De acordo com Mascarenhas (2014), os TMC afetam de maneira notável a população em geral, com uma ênfase nos trabalhadores, especialmente aqueles que operam no setor informal, como os feirantes. A informalidade, para a maioria expressiva dos trabalhadores, representa uma via para permanecerem ativos no mercado de trabalho, o que se torna uma alternativa essencial para a obtenção de renda (Carvalho & Aguiar, 2017).

Porém, esses indivíduos enfrentam uma série de fatores de risco que estão intrinsecamente ligados tanto ao ambiente de trabalho quanto às condições de vida, e esses fatores têm um impacto tangível na saúde mental. Ludermitz (2005) realizou um estudo comparativo entre trabalhadores formais e informais, evidenciando que os trabalhadores informais apresentam uma maior prevalência de transtornos mentais em comparação aos trabalhadores formais. Fatores como insegurança financeira, jornadas exaustivas, falta de suporte social e ausência de direitos trabalhistas contribuem diretamente para esse cenário.

Vasconcelos et al. (2023), ao estudarem a vulnerabilidade psicossocial dos trabalhadores informais, inferem que esta parcela da população fica vulnerável às condições precárias de trabalho, aos salários baixos, à falta de proteção social e à insegurança no emprego. Sem contratos, não há estabilidade financeira nem acesso aos benefícios essenciais, como a licença-maternidade, as férias remuneradas e o plano de aposentadoria. No entanto, temáticas referentes à informalidade e à saúde psíquica são, ainda, um desafio para a ciência, uma vez que são poucos os estudos que têm como

foco a identificação das condições de trabalho destes profissionais e o impacto destas sobre a sua própria saúde, especialmente no que tange à sua saúde mental e comportamental (Santos & Mesquita, 2016; Sekaran et al., 2024; Vasconcelos et al., 2023).

No geral, indivíduos empregados em empregos informais avaliados em 11 países da América Latina apresentaram prevalência 27% maior de sintomas depressivos graves em comparação com aqueles em empregos formais (Huynh et al., 2022). Em um estudo realizado com trabalhadores informais, especificamente feirantes, na cidade de Feira de Santana, Bahia, Brasil, a prevalência global de TMC foi de 32,4%, sendo maior em mulheres (Mascarenhas, 2014).

Os trabalhadores feirantes desenvolvem suas atividades em condições de trabalho que os tornam vulneráveis a impactos sociais, econômicos, psicológicos e físicos inerentes à atividade informal que desempenham, como longas jornadas de trabalho, exposição a condições laborais inadequadas, inexistência de horários preestabelecidos e de ambiente adequado para a realização das refeições, além de problemas econômicos em virtude do caráter autônomo da profissão (Magalhães et al., 2019).

Nesse íterim, a ocorrência dos transtornos mentais comuns geralmente está associada a essas condições de trabalho, as quais podem criar riscos psicossociais significativos (Figueredo et al., 2020), e afetar direta ou indiretamente, o trabalho desses profissionais e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (Carvalho & Aguiar, 2017). Desse modo, os trabalhadores informais representam um grupo suscetível a diversos transtornos mentais.

Além disso, a quantidade limitada de pesquisas epidemiológicas focadas na saúde mental dos trabalhadores dificulta a obtenção de uma compreensão completa sobre essa questão e suas implicações para a saúde desses indivíduos (Farias & Araújo, 2011; Vasconcelos et al., 2023). Embora existam pesquisas que abordam a saúde mental no contexto do trabalho, a maioria delas se concentra em outros públicos.

Nesse sentido, o presente estudo propôs analisar os transtornos mentais comuns em trabalhadores feirantes. Para tanto, teve como

questão de investigação: “Qual a prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores feirantes e quais fatores associados podem influenciar a prevalência desses transtornos?”.

Visando responder a tal questionamento, o estudo teve como objetivo identificar a prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores feirantes e seus fatores associados no que diz respeito aos aspectos sociodemográficos, ocupacionais e de saúde.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo de corte transversal do tipo inquérito junto a trabalhadores feirantes do Mercado Municipal da cidade de Guanambi, localizada no Alto Sertão do Estado da Bahia.

Guanambi é uma cidade de médio porte a qual se localiza no Alto Sertão Produtivo, na mesorregião do Centro-Sul Baiano; abrangendo uma população estimada de 93.065 habitantes e uma área territorial de 1.272,366km², segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024).

O Mercado Municipal de Guanambi (BA), situado no centro comercial da cidade, atrai um significativo número de trabalhadores informais da própria cidade e de áreas vizinhas. A estrutura do mercado compreende quatro setores, distribuídos entre três pavilhões e uma área de bancas, na qual se realiza uma variedade de atividades comerciais é realizada, abrangendo a venda de frutas, verduras e grãos, bem como açougues, restaurantes, lanchonetes e outros segmentos (Rios et al., 2022).

Participaram deste estudo trabalhadores com idade igual ou superior a 18 anos, os quais desenvolviam atividades laborais no Mercado Municipal de Guanambi e que estavam cadastrados e em acompanhamento em um projeto de pesquisa da Universidade do Estado da Bahia e da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Foram excluídos aqueles que, embora cadastrados, não estavam mais trabalhando no mercado municipal.

Fizeram parte da pesquisa 61 trabalhadores feirantes. Optou-se por uma amostragem não probabilística, utilizando a técnica de “bola de neve”, na qual cada participante indica outros para serem

entrevistados. A amostragem por “bola de neve”, empregada em pesquisas qualitativas, tem sido cada vez mais utilizada também em estudos quantitativos (Barros et al., 2020; Oliveira et al., 2021). A escolha da técnica de amostragem por “bola de neve” justifica-se pela natureza específica e pelas condições práticas de acesso ao grupo de trabalhadores feirantes, os quais apresentam características que dificultam a aplicação de métodos probabilísticos convencionais. Os feirantes frequentemente trabalham em ambientes dinâmicos, com horários irregulares, o que limita a sua disponibilidade para responder a questionários presenciais ou agendados com antecedência. Neste contexto, a estratégia de “bola de neve” permitiu acessar este grupo por meio de indicações entre pares, o que facilitou a aproximação com os participantes e aumentou a confiança na participação.

A coleta de dados foi realizada no período do mês de setembro a novembro de 2024, em todos os pavilhões e bancas do mercado municipal. Após o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizava-se a aplicação dos instrumentos.

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos, o Questionário Sociodemográfico e Ocupacional e o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), para a avaliação dos transtornos mentais comuns.

O SRQ-20 é uma ferramenta de medição e de avaliação de transtornos mentais comuns. Desenvolvido pela OMS, este questionário é composto por 20 perguntas, com a finalidade de avaliar e de detectar os sintomas não psicóticos que caracterizam os Transtornos Mentais Comuns. Ele aborda sintomas associados a transtornos tais como depressão e ansiedade. A sua natureza autorrelatada permite que os indivíduos expressem os seus sentimentos e experiências de forma direta, o que contribui para a identificação precoce de possíveis problemas de saúde mental (Mascarenhas, 2014). Todavia, é importante ressaltar que este instrumento não implica diagnóstico psíquico formal, mas funciona como um indicativo de sofrimento psíquico significativo (Gomes et al., 2020).

A validação do SRQ-20 no contexto brasileiro

foi realizada em 1986 por Marie Willians, contribuindo para sua aceitação como uma ferramenta de triagem bem estabelecida. Esse questionário adota perguntas de resposta dicotômica (sim ou não), em que cada item recebe pontuação 1 se a resposta for “sim” ou 0 se a resposta for “não”, o que permite uma avaliação simplificada dos sintomas relacionados a distúrbios não psicóticos com base na pontuação obtida (Silveira et al., 2021). A sua validação inicial trouxe ao instrumento um reconhecimento importante, estabelecendo sua eficácia como uma ferramenta valiosa na avaliação da saúde mental (Guirado & Pereira, 2016).

Nos estudos realizados no Brasil, os valores mais frequentemente empregados como ponto de corte do instrumento SRQ-20 situam-se em uma faixa entre os escores totais de sete e oito, embora haja alguma variação em diferentes pesquisas, influenciada pelas características da amostra e pelo contexto de aplicação (Silveira et al., 2021).

O ponto de corte utilizado para suspeição de TMC neste estudo foi de sete pontos, ou seja, a partir de sete respostas positivas no SRQ-20. Tal pontuação é utilizada para populações adultas da atenção primária à saúde no Brasil, com boa sensibilidade e especificidade para triagem de TMC (Gonçalves; Stein; Kapczinski, 2008).

A presença de transtorno mental comum foi considerada a variável dependente deste estudo. As variáveis independentes utilizadas foram: sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor, situação conjugal e escolaridade) e ocupacionais (tipo de vínculo, função, tempo de trabalho e dias trabalhados por semana). Estas variáveis independentes foram categorizadas da seguinte forma: variáveis sociodemográficas – faixa etária (até 39, 40-59, 60 ou mais); convivência marital (sim ou não); escolaridade (até o ensino fundamental, médio ou mais); raça/cor (negros e não negros); vínculo (autônomo ou proprietário e empregado); dias trabalhados (até 3 dias na semana, 4-6 dias, todos os dias) e tempo de trabalho (até 5 anos, 6-10, 11-20, mais de 20 anos).

Os dados obtidos foram inicialmente tabulados no programa Microsoft Office Excel, no qual foi realizada a organização preliminar destes. Posteriormente, estes foram exportados

para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), no qual foi feita a análise estatística com distribuição de frequências relativas (FR), e porcentagens das variáveis. As análises descritivas foram apresentadas por meio de tabelas.

A segunda etapa correspondeu à análise bivariada pelo teste do Qui-Quadrado, para verificar a existência de associação estatisticamente significativa entre a variável dependente e as variáveis independentes. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

O estudo atendeu às recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, sob CAAE nº. 78009624.9.0000.0057.

Resultados

A pesquisa contou com a participação de 61 trabalhadores feirantes, com predominância do sexo feminino ($n=43$) e da faixa etária entre 40 e 59 anos ($n=27$). A maioria dos trabalhadores declarou-se da raça negra ($n=41$) e possuía escolaridade até o ensino fundamental ($n=41$). Além disso, 32 não viviam em convivência marital.

No perfil ocupacional, a maior parte dos participantes afirmou serem proprietários ou autônomos ($n=55$). A maioria relatou ter mais de 10 anos de trabalho ($n=41$) e uma carga de trabalho de quatro a seis dias por semana ($n=24$).

A prevalência encontrada de transtorno mental comum, por meio da análise das questões do SRQ-20, foi de 31,1%. Ao analisar a relação entre tais características sociodemográficas e ocupacionais com a presença de transtornos mentais comuns, verificou-se maior prevalência dos TMC em mulheres (44,2%), com significância estatística ($P= 0,001$). Nenhum dos homens avaliados apresentou TMC.

Também apresentaram maiores prevalências dos TMC, porém sem significância estatística, trabalhadores na faixa etária de 40 a 59 anos (44,4%), autodeclarados não negros (35%), com escolaridade de até ensino fundamental (36,6%), que trabalham na feira há mais de 10 anos (31,7%), proprietários de seus negócios (33,3%), desenvolvem suas atividades

laborais de quatro a seis dias na feira (37,5%), conforme visualizado na tabela 1.

Tabela 1

Relação entre TMC e variáveis sociodemográficas e laborais dos feirantes. Guanambi, 2024

Variáveis	Sem TMC		Com TMC		Valor de p
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	18	100	0	-	0,001
Feminino	24	55,8	19	44,2	
Faixa etária					
Até 39 anos	10	83,3	2	16,7	0,086
De 40 a 59 anos	15	55,6	12	44,4	
60 e mais	17	81	4	19	
Raça/cor					
Negros	29	70,7	12	29,3	0,650
Não negros	13	65,0	7	35,0	
Escolaridade					
Até o Ensino fundamental	26	63,4	15	36,6	0,189
Ensino Médio ou mais	16	80,0	4	20,0	
Convivência marital					
Sim	20	69,0	9	31,0	0,986
Não	22	68,8	10	31,3	
Tempo de trabalho					
Até 10 anos	14	70,0	6	30,0	0,892
Mais de 10 anos	28	68,3	13	31,7	
Vínculo					
Proprietário/ Autônomo	38	69,1	17	30,9	0,903
Empregado	4	66,7	2	33,3	
Dias trabalhados por semana					
Até 3 dias por semana	11	73,3	4	26,7	0,689
De 4 a 6 dias	15	62,5	9	37,5	
Todos os dias da semana	16	72,7	6	27,3	
Função no trabalho					
Produtor	0	-	1	100	0,155
Vendedor	32	76,2	10	23,8	
Cozinheiro	3	37,5	5	62,5	
Auxiliar de cozinha	2	66,7	1	33,3	
Açougueiro	2	100	0	-	
Outro	3	60	2	40	
TOTAL	42	68,9	19	31,1	

Entre os principais sintomas relatados, conforme demonstrado na tabela 2, destacaram-se os relacionados ao humor depressivo e ansioso: nervosismo, tensão ou preocupação foram mencionados por 60,7% dos participantes, seguidos por uma facilidade em se assustar (50,8%). Para os sintomas somáticos, foi possível identificar que a maior parte dorme mal. No que diz respeito ao decréscimo de energia, 41% relataram cansaço frequente e 31,1% sentiram-se cansados o tempo todo.

Em relação aos pensamentos depressivos, 32,6% afirmaram ter se sentido tristes recentemente, 23% relataram perda de interesse pelas coisas, e 6,6% mencionaram ter tido ideias de acabar com a própria vida.

Tabela 2

Frequências absolutas e relativas de sintomas, por grupos, de acordo com as afirmativas positivas dos trabalhadores feirantes. Guanambi, 2024

Grupo de sintomas	Sim	
	n	%
Dores de cabeça frequentes	17	27,9
Falta de apetite	16	26,2
Dorme mal	21	34,4
Assusta-se com facilidade	31	50,8
Tremores nas mãos	8	13,1
Nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	37	60,7
Má digestão	13	21,3
Dificuldade de pensar com clareza	22	36,1
Sentindo-se triste ultimamente	20	32,8
Chorado mais do que o costume	9	14,8
Dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias	12	19,7
Dificuldade para tomar decisões	23	37,7
Dificuldade no serviço/trabalho	5	8,2
Sentir-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	9	14,8
Perda de interesse pelas coisas	14	23,0
Sentir-se uma pessoa inútil, sem préstimo	3	4,9
Ideias de acabar com a própria vida	4	6,6
Cansado(a) o tempo todo	25	41,0
Sensações desagradáveis no estômago	15	24,6
Cansa-se com facilidade	19	31,1

Discussão

A prevalência dos TMC encontrada neste estudo entre os feirantes participantes foi de 31,1%. O resultado corrobora os achados de Mascarenhas (2014) em estudo similar realizado também com feirantes na cidade de Feira de Santana (BA), onde se observou a prevalência de 32,4% de TMC. Ambos os estudos, mesmo com a distância temporal de 11 anos, revelam os elevados índices de sofrimento psíquico entre trabalhadores informais, evidenciando a vulnerabilidade desse grupo ocupacional.

Além disso, em estudos com outros grupos de trabalhadores, foram encontrados valores semelhantes aos obtidos nesta pesquisa (Bravo et al., 2022; Maturino et al., 2024). Entre eles, destaca-se o estudo sobre TMC entre servidores técnico-administrativos em educação, cuja prevalência foi de 36,4% (Mota et al., 2020).

De acordo com os dados obtidos neste estudo, identificou-se uma associação significativa entre o sexo e a presença de TMC entre os participantes. O achado de maior prevalência entre mulheres reforça a tendência apontada em estudos anteriores, que destacam o gênero feminino como um fator de risco, devido à sobrecarga decorrente da dupla jornada de trabalho e à maior vulnerabilidade a fatores de estresse (Monteiro et al., 2021; Oliveira et al., 2023; Queiroz et al., 2023). A desigualdade de gênero na divisão do trabalho, tanto no âmbito profissional quanto no doméstico, reflete-se na sobrecarga enfrentada pelas mulheres. Apesar de sua crescente participação no mercado de trabalho, ainda não houve uma reorganização que redistribuísse as responsabilidades pelas tarefas de reprodução social, as quais continuam recaindo majoritariamente sobre elas (Mota et al., 2020).

Ressalta-se ainda que os papéis femininos tradicionais como esposa, mãe, filha e cuidadora, juntamente com fatores sociais, como o desemprego, a violência e as condições precárias de vida e de saúde, desempenham um papel significativo no adoecimento psíquico das mulheres (Queiroz et al., 2023). Além disso, as mulheres, muitas vezes, apresentam a tendência de vivenciar, expressar e lidar com os estressores de maneira particular,

utilizando estratégias de enfrentamento que podem variar conforme o contexto social e cultural em que estão inseridas, o que pode ter implicações diretas em sua saúde mental.

Quanto à faixa etária, o maior índice foi identificado em indivíduos de 40 a 59 anos. Tais faixas abarcam a população economicamente ativa e infere-se que os trabalhadores já tenham algum tempo de experiência laboral, o que pode aumentar o tempo de exposição a riscos, tais como o estresse laboral, que contribui para o desenvolvimento de transtornos mentais (Santos et al., 2017).

Em relação ao fato de os trabalhadores sem convivência marital apresentarem maior prevalência de TMC, a literatura tem demonstrado alguns resultados discordantes. Visto que estudos evidenciaram maior prevalência de TMC em trabalhadores com convivência marital (Moura et al., 2022), como observado em um estudo realizado por Oliveira et al. (2010) junto a trabalhadores informais, observou-se que o risco de transtornos mentais foi mais frequente entre pessoas com companheiro. Esse achado é corroborado por outras pesquisas, as quais apontam uma maior predisposição ao adoecimento psíquico entre indivíduos casados (Oliveira et al., 2010).

A maior prevalência de TMC entre indivíduos não casados pode estar relacionada à categorização utilizada, a qual considerou como “sem convivência marital” todos os participantes que, no momento da coleta de dados, estavam viúvos ou separados/divorciados. No contexto brasileiro, estudos indicam uma associação entre a ocorrência de TMC e o estado civil de separação ou viuvez (Carlotto, Barcinski & Fonseca, 2015; Santos et al., 2017), o que sugere que a variável “convivência marital” pode representar uma dimensão distinta daquela capturada pelo estado civil formal.

No que se refere ao fato de os indivíduos que se autodeclararam não negros apresentarem maior prevalência de TMC (35%), trata-se de um dado que também diverge de outros estudos (Queiroz et al., 2023; Santos, et al 2017), os quais apontam trabalhadores autodeclarados negros como mais vulneráveis ao sofrimento mental. Tais pesquisas evidenciam a vulnerabilidade relacionada

à dificuldade de acesso adequado à educação, à saúde, ao emprego e à habitação, além dos efeitos do preconceito racial e étnico. Esses fatores podem contribuir significativamente para o aumento do estresse psicológico (Santos et al., 2017). É importante ressaltar que a variável foi avaliada segundo a percepção do trabalhador entrevistado. O processo de identificação étnico-racial é subjetivo, já que envolve dimensões históricas, socioculturais e políticas (Moreira, 2021).

O perfil de baixa escolaridade observado entre os trabalhadores feirantes é similar ao perfil de trabalhadores encontrados em outros estudos (Almeida et al., 2020; Alves et al., 2022; Soares & Meucci, 2020). A baixa escolaridade predominante (até o ensino fundamental) também se destaca como um fator de vulnerabilidade, possivelmente limitando o acesso a oportunidades de trabalho menos extenuantes e a recursos de cuidado com a saúde mental. A escolaridade possui relação direta com a saúde mental, pois influencia as escolhas de vida, aspirações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos, os quais podem contribuir para atitudes e comportamentos mais saudáveis (Alves et al., 2022; Soares & Meucci, 2020). Além disso, a educação qualifica os indivíduos para ocupações mais estáveis e interfere nas condições socioeconômicas futuras (Pereira et al., 2020).

Em relação ao tempo de trabalho na feira, a maior prevalência de TMC em trabalhadores com mais de dez anos de experiência (31,7%) reflete o impacto cumulativo das condições adversas de trabalho sobre a saúde mental. O sofrimento psíquico está relacionado a aspectos do ambiente de trabalho dos feirantes de longo tempo de trabalho e de longas jornadas de trabalho, as quais são caracterizadas por uma carga horária exaustiva, pelo ritmo acelerado e alta exigência de produtividade (Mascarenhas, 2014).

Além disso, a maior parte dos trabalhadores afirmaram desenvolver suas atividades laborais de quatro a seis dias na feira. Resultado semelhante pode ser visto em um estudo de Santos e Mesquita (2016), realizado com camelôs que relatam que trabalham de seis a sete dias por semana, o que implica uma jornada extenuante e desgastante. Além disso, esses trabalhadores frequentemente

enfrentam a realidade de baixos salários e a ausência de seguridade social, o que agrava ainda mais suas condições de vida (Santos & Mesquita, 2016).

Desse modo, as condições laborais precárias desempenham um papel crucial no agravamento de problemas de saúde, tanto físicos quanto psicológicos, manifestando-se em sintomas como estresse, insônia, perda de autoestima e insegurança. Essa degradação do bem-estar psicológico dos trabalhadores está frequentemente associada à falta de garantias e de direitos trabalhistas para esses indivíduos (Souza & Lussi, 2020).

Com relação aos sintomas mais relatados, evidenciou uma predominância de manifestações de humor depressivo e ansioso. O nervosismo, a tensão e a preocupação, relatados por 60,7% dos participantes, refletem o ambiente de trabalho marcado pelo estresse, a instabilidade econômica e a pressão constante para manter a renda. De acordo com Mota et al. (2020), no ambiente laboral, o surgimento do estresse está diretamente relacionado a fatores como exigências e pressões excessivas no trabalho, além da adequação das habilidades e conhecimentos do trabalhador às demandas de sua função. Quando essas situações se somam a altas demandas psicológicas, cargas laborais intensas, baixa autonomia e insatisfação profissional, o impacto negativo tende a ser ainda mais significativo (Souza & Lussi, 2022).

Observou-se que 6,6% dos participantes assinalaram “sim” à pergunta “tem pensado em tirar a vida?” do SRQ-20. Em estudo realizado por Queiroz et al. (2023) com quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil, 6,7% responderam “sim” a essa mesma questão. Embora os dados demonstrem uma menor prevalência, a ideação suicida entre trabalhadores feirantes exige atenção especial, considerando que o tabu social em torno do tema pode ter influenciado as respostas obtidas, o que evidencia a necessidade de intervenções multiprofissionais que promovam acolhimento e reduzam o sofrimento psíquico.

Machado et al. (2022) apontam que populações vulneráveis economicamente apresentam maior risco de suicídio devido às condições de vida adversas. De acordo com a literatura, o suicídio está associado a diversos fatores

predisponentes, incluindo transtornos mentais, condições sociodemográficas e psicológicas, além de dores e doenças crônicas, sendo essencial considerar as particularidades de cada caso (Aguar et al., 2022).

Ademais, os sintomas apresentados pelos participantes indicam elevados níveis de estresse, de ansiedade, de desesperança, de medo e de insegurança, frequentemente acompanhados por somatizações, as quais se manifestam como sinais de sofrimento emocional ou psíquico refletidos no corpo físico (Oliveira et al., 2010). Entre estes sintomas somáticos mais relatados pelos trabalhadores feirantes, destacaram-se: dormir mal (34,4%), seguido pela dor de cabeça (27,9%) e pela falta de apetite (26%). Estes dados são consistentes com outros estudos realizados com trabalhadores os quais utilizaram o instrumento SRQ-20, como o estudo de Mota et al. (2020), no qual a queixa de insônia aparece como o sintoma somático mais predominante.

Entre as limitações deste estudo estão a utilização de amostragem não probabilística, a qual pode limitar a generalização dos resultados para outros contextos ou para a totalidade da população de feirantes; a escassez de pesquisas voltadas especificamente para a saúde mental destes trabalhadores, o que dificulta a comparação dos resultados com outros estudos e impede uma análise mais contextualizada; e o desenho transversal, o qual impede a análise de relações causais entre as variáveis estudadas e a evolução dos transtornos mentais comuns ao longo prazo.

Apesar das limitações, os achados de elevada prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores feirantes, associados a variáveis sociodemográficas têm importantes implicações para a saúde pública e para a área da Psicologia. Do ponto de vista da saúde pública, estes resultados indicam a necessidade de políticas e de intervenções específicas voltadas à promoção da saúde mental em populações economicamente vulneráveis e submetidas a condições laborais precárias. Já na Psicologia, os dados reforçam a importância de estratégias de prevenção e de cuidado psicossocial adaptadas à realidade destes trabalhadores, as quais consideram os seus contextos sociais e culturais.

Além disto, estes achados evidenciam a relevância de abordagens interdisciplinares, as quais integrem os fatores psicossociais, econômicos e ocupacionais na formulação de programas de saúde mental comunitária.

A discussão dos resultados obtidos nesta pesquisa sobre a prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores feirantes permite compreender a relevância do tema no contexto da saúde ocupacional, especialmente para uma população frequentemente negligenciada em estudos epidemiológicos.

Ademais, é fundamental que novos estudos sejam realizados para aprofundar a compreensão sobre os fatores determinantes e para avaliar a eficácia de intervenções específicas nesse grupo.

Considerações Finais

O presente estudo analisou a prevalência de TMC entre trabalhadores feirantes, bem como suas possíveis associações com características sociodemográficas e ocupacionais. Os resultados evidenciaram uma prevalência de 31,1%, revelando uma significativa vulnerabilidade da população estudada ao sofrimento psíquico. Além disso, 6,6% dos entrevistados relataram ter tido ideias de acabar com a própria vida.

A análise destacou uma maior prevalência de TMC entre mulheres, com significância estatística, o que reforça a sobrecarga associada à dupla jornada de trabalho e às condições sociais e culturais frequentemente enfrentadas por esse grupo.

Diante dos resultados obtidos, torna-se imprescindível a implementação de ações específicas voltadas à promoção da saúde mental e ao apoio psicossocial dos trabalhadores feirantes. Propõe-se a implementação de programas de apoio psicossocial, de ações de saúde ocupacional e de estratégias de educação em saúde, com o objetivo de minimizar os impactos dos TMC e promover melhorias na qualidade de vida desta população. No âmbito da saúde mental, é essencial o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e de prevenção de agravos relacionados às condições de trabalho, com ênfase em práticas educativas sobre ergonomia, o

autocuidado, o manejo de estresse e a prevenção de doenças crônicas. A oferta de espaços itinerantes de atenção primária com foco em saúde do trabalhador, em parceria com unidades de Saúde da Família, pode ampliar o acesso a avaliações clínicas, a triagens psicossociais e a encaminhamentos adequados.

Paralelamente, recomenda-se a adoção de ações de apoio psicossocial comunitário, com enfoque territorial e participativo, as quais considerem as especificidades do trabalho informal e da cultura local. Estas ações podem incluir grupos de escuta e apoio emocional, oficinas de educação em saúde mental, rodas de conversa mediadas por profissionais da Psicologia e da Assistência social, além de ações intersetoriais as quais promovam a inclusão social, o acesso aos direitos e o fortalecimento de redes de suporte. É fundamental que estas intervenções sejam contínuas, culturalmente sensíveis e construídas com a participação ativa dos próprios trabalhadores, o que garante uma maior adesão e efetividade. A integração entre a saúde pública, a assistência social, e a psicologia comunitária constitui um caminho promissor para a promoção da saúde integral desta população frequentemente negligenciada pelas políticas públicas convencionais.

Além disto, recomenda-se que as futuras pesquisas aprofundem a investigação sobre os fatores específicos os quais contribuem para o adoecimento mental destes trabalhadores, o que permite a elaboração de intervenções mais direcionadas e eficazes.

Referências

- Aguiar, R. A., Riffel, R. T., Acrani, G. O., & Lindemann, I. L. (2022). Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 71, 133-140. DOI: 10.1590/0047-2085000000379
- Almeida, I. L. G. I. D., Duarte, A. C. M., Simões, M. L., Azevedo, D. S. D. S. D., & Alcantara, M. A. D. (2020). Fatores de risco para desenvolvimento de transtorno mental comum entre trabalhadores da saúde de Diamantina, estado de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 18(3), 293-301. DOI: 10.47626/1679-4435-2020-574
- Alves, R. M., Santos, E. G. D. O., & Barbosa, I. R. (2022). Fatores associados aos transtornos mentais comuns entre agricultores em um município de médio porte no nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 56, 74. DOI: 10.11606/1518-8787.2022056003522
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Artmed.
- Barros, M. B. d. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S. d., Romero, D., & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29, e2020427. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>
- Bernardino, D. C. D. A. M., & Andrade, M. (2015). O trabalho informal e as repercussões para a saúde do trabalhador: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 149-158. DOI: 10.12707/RIV14049
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Conselho Nacional de Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Bravo, D. S., Gonçalves, S. G., Giroto, E., González, A. D., Melanda, F. N., Rodrigues, R., & Mesas, A. E. (2022). Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em agentes penitenciários do interior do estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 27, 4559-4567. doi: 10.1590/1413-812320222712.10042022
- Carlotto, M. S., Barcinski, M., & Fonseca, R. (2015). Transtornos mentais comuns e associação com variáveis sociodemográficas e estressores ocupacionais: uma análise de gênero. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(3), 1006-1026.
- Carvalho, J.J., & Aguiar, M. G. G. (2017). Qualidade de vida e condições de trabalho de feirantes. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, 7(3). DOI: 10.13102/rscdauefs.v0i0.1943
- Carvalho, R. G., Maciel, R. H., Matos, T. G. R., & Aquino, C. A. B. (2020). Vivências de trabalho na informalidade: um estudo com feirantes de roupas na cidade de Fortaleza-CE. *Psico*, 51(2), e33744-e33744. DOI: 10.15448/1980-8623.2020.2.33744
- Farias, M. D., & Araújo, T. M. D. (2011). Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36, 25-39. DOI: 10.1590/S0303-76572011000100004
- Figueredo, T. T., Ribeiro, E. D. S. B., Silva, L. A., Jesus Silva, R., & Rios, M. A. (2020). Transtornos mentais em trabalhadoras do estado da Bahia. *Revista ComCiência*, 5(6), 82-85. DOI: 10.36112/issn2595-1890.v5.i6.p82-85
- Goldberg, D. P., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. Tavistock/Routledge.
- Gomes, C. F. M., Junior, R. J. P., Cardoso, J. V., & Silva, D. A. (2020). Transtornos mentais comuns em estudantes universitários: abordagem epidemiológica sobre vulnerabilidades. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas*, 16(1), 1-8. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.157317
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 380-390.

- Guirado, G. M. D. P., & Pereira, N. M. P. (2016). Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/ SP. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24, 92-98. DOI: 10.1590/1414-462X201600010103
- Huynh, T. B., Oddo, V. M., Trejo, B., Moore, K., Quistberg, D. A., Kim, J. J., Canseco, F.D., & Vives, A. (2022). Association between informal employment and depressive symptoms in 11 cities in Latin America. *SSM-population health*, 18, 101101. DOI:10.1016/j.ssmph.2022.101101
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2024). Guanambi. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/guanambi.html>
- Ludermir, A. B. (2005). Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J Bras Psiquiatr*, 54(3), 198-204.
- Machado, E. S., Araújo, T. M., de Sousa, C. C., Carvalho Freitas, A. M., Oliveira Souza, F. D., & Lua, I. (2022). Estresse ocupacional e transtornos mentais comuns: como atuam as estratégias de enfrentamento? *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 20(2), 195-205. DOI: 10.47626/1679-4435-2022-680
- Magalhães, V. D. S. M., Mota, A. A. F., Silva, P. L., de Souza, D. A., dos Santos, M. C. R., & Rios, M. A. (2019). Multimorbidade em trabalhadores açougueiros feirantes. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 9. DOI: 10.19175/recom.v9i0.3238
- Mascarenhas, M. S. (2014). *Aspectos psicossociais do trabalho e transtorno mentais comuns entre trabalhadores informais feirantes*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Feira de Santana]. Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.
- Maturino, M. M., Sousa, C. C. D., Moraes, L. G. D. S., Souza, D. S., Freitas, M. Y. G. S., & Araújo, T. M. D. (2024). Dimensões da pandemia de COVID-19: prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores e trabalhadoras "invisibilizados" da saúde e sua associação com estressores ocupacionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 27, e240039.
- Monteiro, M. A. M., Orfanó, I. S., & Castro, R. I. V. (2021). Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de restaurantes. *Research, Society and Development*, 10(3), 1-11. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13212.
- Moreira, R. D. S. (2021). Epidemiologia e a categoria das raças: reflexões onto-epistemológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(6), e00133721. DOI: 10.1590/0102-311X00133721
- Mota, C. A., Silva, A. K. L. D., & Amorim, K. (2020). Prevalência de transtornos mentais comuns em servidores técnico-administrativos em educação. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 20(1), 891-898. doi: 10.17652/rpot/2020.1.17691
- Moura, R. C. D. D., Chavaglia, S. R. R., Coimbra, M. A. R., Araújo, A. P. A., Scárdua, S. A., Ferreira, L. A., ... & Ohl, R. I. B. (2022). Transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem de serviços de emergência. *Acta paulista de enfermagem*, 35, eAPE03032. doi: 10.37689/acta-ape/2022AO03032
- Oliveira, G. F., Carreiro, G. S. P., Filha, M. D. O. F., Lazarte, R., & de Toledo Vianna, R. P. (2010). Risco para depressão, ansiedade e alcoolismo entre trabalhadores informais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 272-7. DOI: 10.5216/ree.v12i2.10354
- Oliveira, M. E. T. D., & Carlotto, M. S. (2020). Fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em caminhoneiros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36, e3653. DOI: 10.1590/0102.3772e3653
- Oliveira, F. E. S. D., Trezena, S., Dias, V. O., Martelli Júnior, H., & Martelli, D. R. B. (2023). Transtornos mentais comuns em profissionais da Atenção Primária à Saúde em um período de pandemia da covid-19: estudo transversal na macrorregião Norte de saúde de Minas Gerais, 2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 32, e2022432. DOI: 10.1590/S2237-96222023000100012
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022). *Mental Disorders*. World Health Organization.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022, 17 de junho). *OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção*. <https://>

www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao

- Pereira, A. C. L., Souza, H. A., Lucca, S. R. D., & Iguti, A. M. (2020). Fatores de riscos psicossociais no trabalho: limitações para uma abordagem integral da saúde mental relacionada ao trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45, e18. DOI: 10.1590/2317-6369000035118
- Queiroz, P. D. S. F., Rodrigues Neto, J. F., Miranda, L. D. P., Oliveira, P. S. D., Silveira, M. F., & Neiva, R. J. (2023). Transtornos Mentais Comuns em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 1831-1841. DOI: 10.1590/1413-81232023286.15022022
- Quemel, G. K. C., Da Silva, E. P., Conceição, W. R., Gomes, M. F., Rivera, J. G. B., & Quemel, G. K. C. (2021). Revisão integrativa da literatura sobre o aumento no consumo de psicotrópicos em transtornos mentais como a depressão. *Brazilian Applied Science Review*, 5(3), 1384-1403. DOI: 10.34115/basrv5n3-008
- Ramos, G. S. L., & Silva, G. M. M. (2021). Transtorno mental e comportamental no estado de São Paulo: variações da mortalidade e morbidade de 2017 a 2020. In *Colloquium Vitae*, 13(2), pp. 12-18. DOI: 10.5747/cv.2021.v13.n2.v326
- Rios, M. A., Nery, A. A., da Silva Santos, G., Junior, D. F. C., Pereira, M. S., dos Santos Teixeira, W., ... & Silva, L. A. (2022). Fatores associados à autopercepção negativa de saúde de trabalhadores feirantes de Guanambi/BA. *Research, Society and Development*, 11(6), e55711629394. DOI: 10.33448/rsd-v11i6.29394
- Rouquayrol, M. Z., & Gurgel, M. (2017). *Rouquayrol - Epidemiologia e saúde* (8a ed.). MedBook Editora.
- Santos, D. R., & Mesquita, A. A. (2016). Avaliação das condições de trabalho e sofrimento psíquico em camelôs. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(2), 29-42. DOI: 10.20435/2177-093X-2016-v8-n2(03)
- Santos, A. M. V. D. S., Lima, C. D. A., Messias, R. B., Costa, F. M. D., & Brito, M. F. S. F. (2017). Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25, 160-168. DOI: 10.1590/1414-462X201700020031
- Santos, H. S., Nestor, A. G. S., Abreu, B. S., & Modesto, K. R. (2018). A utilização dos medicamentos psicotrópicos e seus fatores associados. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 1(1), 51-56.
- Sekaran, S., Selvaraj, V., Ganapathy, D., & Warriar, S. (2024). Inclusive mental health for informal workers. *The Lancet*, 403(10438), 1748-1749.
- Silveira, L. B., da Rosa Kroef, C., Teixeira, M. A. P., & Bandeira, D. R. (2021). Uso do self-reporting questionnaire (SRQ-20) para identificação de grupo clínico e predição de risco de suicídio. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(4), 49-61. DOI: 10.20435/pssa.v13i4.1219.
- Soares, P. S. M., & Meucci, R. D. (2020). Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 25(8), 3087-3095.
- Souza, M. B. C. A., & de Oliveira Lussi, I. A. (2020). Juventude, trabalho informal e saúde mental. *Política & Trabalho*, (51), 126-144. DOI:10.22478/ufpb.1517-5901.0v51n0.48293
- Souza, M. B. C. A. D., & Lussi, I. A. D. O. (2022). Terapia Ocupacional e trabalho informal: reflexões para a prática. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e2901. DOI:10.1590/2526-8910.ctoAO21902901
- Vasconcelos, E. F., Costa, A. K. B. D., Oliveira, G. D. V., & Pereira, K. L. (2023). Informalidade e vulnerabilidade psicossocial. *Interações (Campo Grande)*, 24(3), 1073-1086. DOI:10.20435/inter.v24i4.4091

“Quando o homem vai ao psicólogo?”: Perfil Masculino de Usuários em um Serviço Público de Psicologia

Ebson Lucas Leopoldo de Araújo¹ , Flávio Lúcio Almeida Lima²  e
Regina Lígia Wanderlei de Azevedo³ 

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, PB, Brasil

Resumo: O sofrimento psíquico e o adoecimento mental masculino têm-se mostrado preocupações relevantes no contexto geral da saúde. Esses aspectos estão alinhados aos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Este estudo teve como finalidade analisar o perfil masculino de busca por atendimento em um serviço público de psicologia. A pesquisa, de caráter documental, descritivo, retrospectivo e com abordagem qualitativa, baseou-se em dados obtidos por meio da análise de fichas de controle de atendimentos e planilhas de inscrição referentes aos atendimentos psicológicos realizados entre 2019 e 2023 pelo Serviço de Psicologia (SEP) da UFCG (SEP/CCBS/UFCG). Os registros analisados contêm informações sociodemográficas e clínicas dos usuários do SEP. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: (1) planilhas de inscrição de atendimentos psicológicos devidamente preenchidas entre 2019 e 2023; e (2) fichas de controle de atendimentos psicológicos preenchidas no mesmo período. Os dados quantitativos foram tratados por meio de estatística descritiva, enquanto os qualitativos foram analisados com base na Análise de Conteúdo, conforme Bardin (1977). Os resultados indicaram que o perfil sociodemográfico e clínico masculino atendido pelo SEP entre 2019 e 2023 foi predominantemente composto por estudantes (38,2%) com ensino superior incompleto (57,63%), faixa etária 18-29 anos (75,57%), que se autodeclararam pardos (41,6%) e apresentam nível socioeconômico baixo (44,1%). As principais razões para a busca pelo serviço de psicologia incluíram questões relacionadas à ansiedade (44,27%), conflitos familiares e interpessoais (24,81%), além de interesse em autoconhecimento, curiosidade ou aconselhamento (22,14%). Embora tenham sido observados avanços na promoção da saúde mental, o adoecimento psíquico permanece como o principal motivo que leva os homens a procurarem serviços de psicologia. Esse cenário reflete os desafios enfrentados pelo público masculino em relação ao autocuidado em saúde, conforme destacado pela PNAISH.

Palavras-chave: masculinidade, saúde mental, gênero, psicologia clínica

“When Does a Man Go to the Psychologist?”: Male Profile of Users in a Public Psychology Service

Abstract: Psychological suffering and male mental illness have emerged as significant concerns in the broader context of health. These aspects align with the objectives of the National Policy for Comprehensive Men’s Health Care (PNAISH). This study aimed to analyze the male profile seeking care at a public psychology service. The research, of a documentary, descriptive, retrospective nature with a qualitative approach, was based on data obtained through the analysis of service control records and registration spreadsheets related

¹ Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Email:* ebsonlucas2@gmail.com

² Professor de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); Doutor em Psicologia Social (UFPB); Psicólogo clínico. Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Email:* flavio.lucio@professor.ufcg.edu.br

³ Professora de Psicologia; Doutora em Psicologia Social. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Email:* regina.ligia@professor.ufcg.edu.br

Submetido em: XX/XX/202X. Primeira decisão editorial: 0/0/202X. Aceito em: 0/0/202X.

to psychological care provided between 2019 and 2023 by the Psychology Service (SEP) of UFCG (SEP/CCBS/UFCG). The records analyzed contain sociodemographic and clinical information about SEP users. The inclusion criteria were: (1) registration spreadsheets for psychological care properly completed between 2019 and 2023; and (2) psychological care control records filled out during the same period. Quantitative data were treated using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed based on Content Analysis, following Bardin (1977). The results indicated that the sociodemographic and clinical profile of males served by SEP between 2019 and 2023 predominantly consisted of students (38.2%) with incomplete higher education (57.63%), aged 18-29 years (75.57%), self-identifying as mixed race (41.6%), and with a low socioeconomic level (44.1%). The main reasons for seeking psychological services included issues related to anxiety (44.27%), family and interpersonal conflicts (24.81%), as well as interest in self-awareness, curiosity, or counseling (22.14%). Although progress has been observed in promoting mental health, psychological suffering remains the primary reason men seek psychology services. This scenario reflects the challenges faced by the male population regarding health self-care, as highlighted by PNAISH.

Keywords: masculinity, mental health, gender, clinical psychology

Introdução

O sofrimento psíquico e os transtornos mentais entre homens têm sido uma questão preocupante no contexto da saúde em geral. A literatura destaca uma maior vulnerabilidade masculina em comparação ao público feminino, tanto em relação a doenças físicas quanto psicológicas. Nesse sentido, pesquisas ressaltam a influência da historicidade do homem e das construções sociais e culturais associadas às masculinidades (Oliveira, 2004; Gomes et al., 2007; Pimentel et al., 2017) como elementos centrais para compreender o fenômeno do autocuidado em saúde masculina. Dentro desse cenário, o debate sobre gênero emerge como um aspecto essencial para compreender o comportamento masculino diante dos cuidados com a saúde em geral e com a saúde mental, especificamente.

A identidade masculina é construída à medida que o indivíduo interage com o ambiente ao seu redor, abrangendo não apenas o meio natural,

mas também os aspectos sociais e culturais que o cercam (Berger & Luckmann, 2007). Em outras palavras, as masculinidades são formadas na dinâmica entre o indivíduo e seu contexto, influenciando sua subjetividade, bem como sua percepção de papéis sociais e de gênero. Assim, um dos primeiros elementos de sua identidade, desde o nascimento, está relacionado ao gênero, manifestando-se em aspectos como o nome, a escolha das cores das roupas, os tipos de brinquedos, entre outros (Pimentel et al., 2017). Dessa forma, gênero não se limita a uma característica anatômica ou biológica, mas inclui uma construção social que influencia como o indivíduo interage e se comporta em diferentes contextos.

À medida que o indivíduo entra cada vez mais em contato com a sociedade, ela o afeta, influenciando comportamentos e atitudes, como a forma de falar, a forma de andar, de comer, e qualquer outro movimento. O gênero impõe uma série de requisitos quanto ao comportamento do homem, influenciando sua masculinidade. Segundo Bourdieu (2002), a dominação masculina e a construção de uma sociedade patriarcal são forças de influência presentes na construção da masculinidade, e além de diminuir a mulher nas relações sociais também coloca o homem como “prisioneiro” de uma representação social do ser masculino. Neste sentido, “o privilégio masculino é também uma cilada e encontra sua contrapartida na tensão e contensão permanentes, levadas por vezes ao absurdo, que impõe a todo homem o dever de afirmar, em toda e qualquer circunstância, sua virilidade” (Bourdieu, 2002, p. 64).

Por sua vez, Carrara e Saggese (2011) afirmam que as masculinidades têm sido amplamente associadas à ideia de dominação. No entanto, essa não é uma posição natural ou automática; ao contrário, implica um custo elevado para aqueles que buscam atender às expectativas sociais relacionadas à construção de uma identidade masculina. O sentimento de necessidade de aprovação quanto à sua masculinidade pode ser um resultado comum, graças ao impacto e influência cultural do gênero no indivíduo, acontecendo por meio de um complexo e prolongado processo de formação identitária, por vezes, marcado pela demonstração de força física e emocional.

Nesse contexto, compreende-se que há uma forte imposição social sobre os homens quanto à sua identidade, direcionada também à dominação e à virilidade. Essa virilidade, por sua vez, está ligada à capacidade de exercer violência em defesa da honra. Segundo Bourdieu (2002, p. 65), “a virilidade precisa ser validada por outros homens, em sua essência de violência real ou potencial, e reconhecida pela inclusão em um grupo de ‘verdadeiros homens’”. Assim, o comportamento masculino frequentemente busca agradar aos pares, motivado pelo receio de ser excluído do “universo masculino”. Por conta disso, a coragem e a virilidade tornam-se características importantes na performance das masculinidades no meio social. Sobre a coragem, Bourdieu argumenta que:

Certas formas de coragem (...) encontram seu princípio, paradoxalmente, no medo de perder a estima ou a consideração do grupo, de “quebrar a cara” diante dos “companheiros” e de se ver remetido à categoria, tipicamente feminina, dos “fracos”, dos “delicados”, dos “mulherzinhas”, dos “veados” (2002, p. 66).

Com a naturalização do comportamento viril, observam-se consequências para a qualidade de vida masculina como, por exemplo, a predisposição à violência, a vulnerabilidade ao adoecimento, o envolvimento em acidentes e risco de morte. Dessa forma, a posição histórica e cultural que o homem ocupa, de figura “invulnerável”, a qual negligencia o cuidado, também influencia a saúde mental. A ideia de que “homem não chora”, por exemplo, é culturalmente enraizada no meio social, como resposta à construção social das masculinidades e à realidade patriarcal em que vivemos (Alves, 2019), sendo esta uma ideia que reforça o estereótipo do masculino viril, distanciando-o de uma cultura de saúde e cuidado. Ou seja, a ideia de virilidade, comum às masculinidades, apesar de não ser uma característica causal de todo homem, tem seu grau de influência em nível social e cultural nos indivíduos.

A investigação sobre saúde mental e masculinidades é um campo de estudo relativamente recente, com seu início datado da década de 1970 (Silva & Melo, 2021). Esse avanço foi impulsionado pela expansão dos estudos de gênero da época,

juntamente com o desenvolvimento da psicologia e de suas reflexões sobre a relação entre saúde mental e gênero. Além disso, os movimentos feministas que emergiram nesse mesmo período intensificaram os debates acerca da saúde masculina, desafiando uma ideia cultural e tradicionalista de masculinidade: a figura do homem viril, forte e imune a vulnerabilidades (Gomes et al., 2007).

Décadas depois, o debate sobre masculinidades e saúde ganhou força no campo das ciências sociais e da saúde, culminando em publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que destacam a necessidade de políticas voltadas ao cuidado com os homens e à promoção de práticas preventivas de saúde (OMS, 2001). Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com o objetivo de aprimorar a saúde masculina por meio de estratégias que assegurem um cuidado integral. Essa política busca mitigar o problema do acesso tardio ao sistema de saúde, muitas vezes ocorrido apenas por meio de serviços especializados, o que resulta no agravamento de doenças e no aumento dos custos do sistema (Ministério da Saúde, 2008).

Conforme a PNAISH (Ministério da Saúde, 2008), os homens apresentam baixa adesão aos serviços de atenção básica, estando mais concentrados em atendimentos de média e alta complexidade, que priorizam a recuperação e a correção da saúde. Assim, pode-se afirmar que os homens brasileiros negligenciam ações voltadas à promoção, à prevenção e à produção da saúde. Esse comportamento contribui para taxas mais elevadas de morbimortalidade, de doenças crônicas e de maior vulnerabilidade ao adoecimento em comparação com as mulheres. Um dos fatores determinantes para esses índices é o acesso limitado aos serviços de atenção básica, responsáveis pela implementação de medidas preventivas de saúde (Figueiredo, 2005).

De maneira semelhante, o acesso aos serviços de promoção à saúde mental segue uma tendência semelhante. De acordo com dados do Ministério da Saúde de 2007, as mulheres realizaram aproximadamente 17 milhões de consultas preventivas, enquanto o público masculino fez cerca

de 2,7 milhões de consultas (Alves et al., 2011). O mesmo estudo revelou que os transtornos mentais e comportamentais estavam entre as três principais causas de internação no SUS para a faixa etária de 15 a 59 anos, com o público masculino liderando o índice, com aproximadamente 66% a mais de internações (Ministério da Saúde, 2008).

O objetivo de políticas públicas, como a PNAISH, é incentivar a prevenção de doenças crônicas, incluindo as de ordem mental, promovendo uma cultura de saúde, de atenção e de cuidado voltada ao público masculino. Nesse contexto, a articulação entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) torna-se fundamental para fortalecer o cuidado à saúde mental dos usuários, criando uma rede de apoio integrada, localizada e orientada pela comunidade (Dias & Amarante, 2022). Diante disso, considerando que esse fenômeno impacta tanto a saúde física quanto a mental dos homens, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil masculino de usuários em um serviço público de psicologia. Busca-se identificar as principais motivações que levam esse público a procurar apoio em saúde mental, avaliando possíveis relações com os objetivos e estratégias da PNAISH, além de compreender o perfil sociodemográfico e clínico específico desses indivíduos.

Método

Tipo de pesquisa

Esta é uma pesquisa documental, de caráter descritivo, retrospectivo e com abordagem qualitativa. Segundo Fonseca (2002), a pesquisa documental diz respeito a uma metodologia que recorre a fontes primárias, ou seja, dados que não foram processados de forma analítica ou científica. Por sua vez, Gil (2002) afirma que este tipo de pesquisa apresenta algumas vantagens, como a estabilidade dos dados analisados, o baixo custo da pesquisa e, também, fácil acesso a uma rica quantidade de dados sem exigir contato com os indivíduos participantes. Segundo o mesmo autor, a pesquisa descritiva tem como objeto a descrição de

um determinado fenômeno ou características de uma determinada população. No caso desta pesquisa, foram utilizados arquivos confidenciais conservados em uma instituição, cujas informações são resguardadas sob sigilo profissional. Na referida pesquisa, há o intento de descrever um fenômeno decorrente da população masculina com relação ao cuidado com a saúde mental. O caráter retrospectivo da pesquisa, por sua vez, diz respeito ao exame de um comportamento em um determinado período de tempo.

Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada no Serviço de Psicologia (SEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), localizada no bairro de Bodocongó, Campina Grande - PB. O SEP é um serviço psicológico público gratuito que atende à comunidade acadêmica e ao público em geral.

Fonte de pesquisa

Os dados foram extraídos a partir da análise de fichas de controle de atendimentos, bem como de planilhas de inscrição, decorrente de atendimentos psicológicos realizados entre 2019 e 2023 pelo Serviço de Psicologia (SEP) da UFCG. Os referidos registros contêm informações de caráter sociodemográfico e clínico de usuários (as) do SEP.

Crítérios de inclusão e exclusão

Na análise dos documentos, foram utilizados como critérios de inclusão: 1. Planilhas de inscrição de atendimentos psicológicos, devidamente preenchidas, realizadas no período de 2019 a 2023; 2. Fichas de controle de atendimentos psicológicos, devidamente preenchidas, realizadas no período de 2019 a 2023. Paralelamente, como critérios de exclusão foram utilizados: 1. Fichas de controle de atendimentos psicológicos e planilhas de inscrição de atendimentos psicológicos que apresentem informações inconsistentes, dados incompletos ou estejam fora do período referido; 2. Fichas de controle de atendimentos psicológicos e planilhas

de inscrição de atendimentos psicológicos que contenham indivíduos menores de 18 anos ou acima de 60 anos.

Procedimento de coleta de dados

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (CEP/HUAC/UFCG), sob o protocolo CAAE 78620624.0.0000.5182, parecer nº 6.831.552, cumprindo o que preconiza o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução N° 466/2012, a qual estabelece as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Após a devida aprovação e a emissão do parecer do Comitê de Ética, foi solicitada a autorização do SEP para a consulta aos documentos e, a partir disso, iniciou-se a coleta de dados. Os documentos foram consultados no próprio SEP com a anuência e a supervisão de um funcionário responsável pelo arquivo.

Tratamento e análise dos dados

Os dados quantitativos provenientes das consultas aos documentos foram tratados e analisados por meio de estatística descritiva. Por sua vez, os dados qualitativos coletados foram analisados utilizando-se a Análise de Conteúdo defendida por Bardin (1977), com o intuito de serem categorizados e interpretados sob uma estrutura constituída por três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

Resultados e Discussão

Caracterização do serviço de psicologia

O Serviço de Psicologia (SEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) está localizado no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS/UFCG) e opera de acordo com uma variedade de práticas, técnicas e abordagens teóricas da psicologia clínica, seguindo os padrões éticos

estabelecidos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). O atendimento clínico oferecido pelo SEP visa atender à comunidade local em geral, bem como à comunidade acadêmica. Os atendimentos são voltados a crianças, adolescentes, adultos e idosos, de todas as faixas etárias. Os serviços incluem atendimentos individuais e em grupo, que consistem em: 1) plantão psicológico, caracterizado numa escuta emergencial sem agendamento prévio, dependendo da disponibilidade do profissional ou estagiário; 2) psicoterapia individual, agendada por triagem, sem limite de sessões; 3) atendimentos em grupo, que oferecem escuta psicológica em um ambiente coletivo com objetivos e demandas específicas, geralmente com seis a oito encontros. A inserção nos serviços oferecidos pelo SEP se dá por meio de triagem psicológica realizada, geralmente, no início de cada semestre letivo. É importante destacar que todos esses serviços são prestados presencialmente, visando proporcionar apoio e assistência psicológica acessíveis à comunidade universitária e local.

Perfil sociodemográfico masculino dos usuários do SEP

Para a análise quantitativa, descritiva e retrospectiva, e também a título de comparação, foram analisadas 1177 fichas de inscrição, levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão supracitados no método. Observou-se a predominância do gênero feminino (77,72%) no que se refere à busca por atendimento clínico no SEP, em detrimento do público masculino (22,28%), como exposto na Tabela 1, contabilizando um total de 262 fichas de inscrição de usuários masculinos que representam o espaço amostral deste trabalho. Tais dados corroboram o que a literatura afirma (Silva et al., 2013; Pimentel et al., 2017): as mulheres tendem a buscar mais os serviços de saúde do que os homens, ainda que os homens tenham maiores índices de adoecimento crônico e suicídio.

Tabela 1*Gênero e faixa etária dos inscritos*

Gênero	Quantidade	Porcentagem
Masculino	262	22,28%
Feminino	915	77,72%
TOTAL	1177	100%
Faixa Etária	Quantidade	Porcentagem
18 a 29	198	75,57%
30 a 39	37	14,12%
40 a 49	16	6,11%
50 a 60	11	4,20%
TOTAL	262	100%

Com relação à idade, os usuários foram agrupados em quatro faixas etárias, considerando-se o início da vida adulta até o início da idosidade: dos 18 aos 29; dos 30 aos 39; 40 aos 49; dos 50 aos 60. Foi possível encontrar a seguinte distribuição: 75,57%, 14,12%, 6,11% e 4,20%, respectivamente. Dessa forma, a idade média dos inscritos atendidos foi de 27 anos.

Uma possível justificativa para o número elevado de jovens em detrimento das demais faixas etárias é constituída pelos fatores ansiogênicos no início da vida adulta. Segundo Santos (2021), o início da vida adulta traz consigo uma série de preocupações e pressões sociais, como decidir um curso em nível técnico ou superior, uma carreira, um relacionamento, dentre outras; e, se tais preocupações e pressões não forem elaboradas da forma correta, podem acarretar sofrimento psíquico e até em adoecimento mental. Monteiro (2011) afirma que a responsabilidade é um atributo importante na conceituação desse momento de transição. Sobre isso, Monteiro (2011) colabora afirmando que, anteriormente, a responsabilidade estava ligada às funções desempenhadas na sociedade e aos papéis sociais atribuídos, sendo mais associada a uma responsabilidade intergeracional, que envolvia obrigações e deveres familiares e comunitários. Contudo, nos dias de hoje, os jovens têm a responsabilidade de construir a própria identidade enquanto adultos, como indivíduos autônomos e conscientes de si mesmos.

Em outro momento da história, as decisões cruciais na vida do jovem adulto não estavam sob sua responsabilidade. A escolha da profissão, cônjuge, dentre outras decisões, estava sob responsabilidade dos pais ou responsáveis pelo jovem (Levy, 2009), e lhe era cobrado apenas o auxílio no processo de sobrevivência daquela família. Porém, com a influência da modernidade, logo ao entrar na fase da transição da infância/adolescência para a vida adulta, o indivíduo se percebe responsabilizado não apenas pela colaboração e suporte, financeiro ou não, nas relações familiares, mas também pela responsabilidade de construir seu próprio futuro, carreira e família, sendo ele, e apenas ele, o responsável pelo seu sucesso ou fracasso. Essa pressão social é fortalecida à medida que o indivíduo sofre impactos do mundo pós-moderno, tais como: a influência das redes sociais, o estabelecimento de padrões ideais de vida e a exposição de si como requisito de integração em grupos sociais, fatores esses que geram preocupação como o medo do julgamento, de ser insuficiente ou de não suprir as expectativas dos outros (Santos, 2021).

Segundo Silva (2020), somos influenciados pela imediatidade, pela competitividade e pelo peso da expectativa da sociedade de alcançar constantemente o sucesso; além disso, a pressão das obrigações e a frustração de não conseguir atender às exigências excessivas do presente, muitas vezes resultam em estresse e ansiedade. As responsabilidades de uma vida adulta, as pressões e exigências, características de um mundo pós-moderno e globalizado, além do medo das novidades que essa transição para a vida adulta traz, unem-se formando uma série de fatores ansiogênicos e de estresse, gerando sofrimento. Neste sentido, Silva (2020, p.295) corrobora:

Portanto, a vida nessa “correria” cotidiana, típica deste tempo em que “vivemos”, encontra-se carregada por um certo vazio que jamais será preenchido, justamente porque há uma fragmentação nos objetivos e sensações aspiradas pelos indivíduos. Como consequência, surgem: o tédio, a melancolia e a depressão, isto é, as tonalidades afetivas que afetam diretamente a saúde e o bem-estar do ser humano nos mais diversos modos.

Acerca do adoecimento mental de adolescentes e jovens adultos, a OMS defende que o suicídio é a terceira maior causa de morte, além de outras patologias como ansiedade, depressão, distúrbios alimentares e emocionais (OMS, 2021). Portanto, é possível compreender a preponderância por parte dos jovens adultos no acesso aos atendimentos psicológicos fornecidos no SEP.

Além disso, o número reduzido de idosos (50 a 60 anos) na busca por serviços de saúde psicológica pode ter sido motivado pela falta de atenção às demandas dessa faixa etária, muitas vezes confundidas com efeitos naturais do envelhecer, tanto por parte dos profissionais quanto dos próprios usuários (Gomes et al., 2021). Além de ser uma faixa etária que exige um suporte multidisciplinar, tanto psicológico como biológico, devido à complexidade desse período da vida, torna-se mais especializada e escassa a mão de obra qualificada para trabalhar com esse público (Ribeiro, 2015).

Outra variável coletada na amostra foi a autodeclaração de etnia, cor e raça. Os dados demonstraram que 41,6% se autodeclararam como pessoas pardas, 39,31% como brancas, 17,18% como pretas, e 1,91% preferiram não declarar (Tabela 2).

Tabela 2

Autodeclaração de raça, cor e etnia dos inscritos

Autodeclaração de raça, cor e etnia	Quantidade	Porcentagem
Pardo	109	41,6%
Branco	103	39,31%
Preto	45	17,18%
Prefere não declarar	5	1,91%
Total	262	100%

Segundo a Lei nº 12.288, datada de 20 de julho de 2010, é definido como negro o grupo de indivíduos que se identificam como pretos ou pardos, conforme a classificação de cor ou raça estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Lei nº 12.288, 2010). Logo, podemos afirmar que a cor/etnia negra equivale a mais de 50% das amostras coletadas e apresentadas na Tabela 2.

Apesar de poucos estudos relacionando raça/etnia e busca por atendimento em serviços de saúde, além da dificuldade em classificar raça no

Brasil por ser um país miscigenado, podemos inferir que a raça/etnia são fatores relevantes socialmente e podem influenciar em oportunidades acadêmicas, financeiras e sociais (Smolen & Araújo, 2017). Segundo Williams et al. (1997 como citado em Smolen & Araújo, 2017), a raça/etnia pode expor o indivíduo ao estresse e, consequentemente, a adoecimentos mais graves, por meio de duas possíveis vias: estresse ligado à influência de sua cor/etnia na sua posição social e, também, o estresse ligado às experiências de discriminação e de racismo. Tais fatores podem justificar os dados encontrados na Tabela 2.

Conforme descrito por Santos et al., (2010), as informações sociodemográficas provenientes de estudos no Brasil, frequentemente apresentam resultados distorcidos devido a interpretações equivocadas sobre os conceitos de etnia e de raça. De acordo com os mesmos autores, raça refere-se ao fenótipo do indivíduo, enquanto etnia abrange elementos culturais, como língua, nacionalidade, religião e tradições de um grupo específico, entre outros aspectos. Portanto, a autoidentificação deveria considerar a totalidade da história que influencia o indivíduo, e não se limitar à cor da pele, como muitos formulários sociodemográficos tendem a fazer.

Já a variável Escolaridade, se dispôs-se da seguinte forma: 57,63% da amostra têm o ensino superior incompleto; 17,94% concluíram o ensino médio e 12,60% possuem o ensino superior completo. Ademais, 4,96% possuem pós-graduação, porém 3,44% não concluíram o ensino médio; 2,28% possuem o ensino fundamental incompleto e 1,15% concluíram o ensino fundamental. Estes dados apontam que, majoritariamente, o público atendido pelo SEP é formado por universitários que estão com o ensino superior em andamento ou que interromperam a graduação (Tabela 3).

Tabela 3

Escolaridade dos inscritos

continua

ESCOLARIDADE	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Superior incompleto	151	57,63%
Médio completo	47	17,94%
Superior completo	33	12,60%
Pós-graduação	13	4,96%
Médio incompleto	9	3,44%

Tabela 3*Escolaridade dos inscritos**conclusão*

ESCOLARIDADE	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Fundamental incompleto	6	2,28%
Fundamental completo	3	1,15%
TOTAL	262	100%

Com relação à ocupação dos usuários, os dados coletados foram agrupados em 12 categorias. Segue a distribuição: estudante/estagiário lideraram a pesquisa com 52,29% dos atendimentos; seguem-se o grupo dos autônomos com 16,03%, logo após profissionais da educação com 5,74%, desempregados com 4,58%, telemarketing com 4,20%, profissionais de construção com 3,43%, profissionais da saúde com 3,04%, advogados com 1,53%, área da administração com 1,15%, recepcionistas com 1,15%, servidores públicos com 1,15% e outras ocupações com 5,72%, como consta na Tabela 4.

Como é possível observar, os estudantes lideraram a busca por atendimento psicológico, fato que corrobora os dados da Tabela 3. Isso dá margem para afirmar que esses estudantes, em sua maioria, são estudantes universitários e tiveram mais facilidade em acessar o serviço, uma vez que o serviço do SEP é ofertado pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Logo, além das justificativas já apresentadas sobre o acesso dos estudantes ao serviço, também se pode dizer que a celeridade no acesso à informação sobre a oferta do serviço em detrimento do público em outros contextos, beneficiou esse grupo.

Tabela 4*Ocupação dos inscritos**continua*

Ocupação	Quantidade	Porcentagem
Estudante/estagiário	137	52,29%
Autônomo	42	16,03%
Profissional da educação	15	5,73%
Desempregado	12	4,58%
Telemarketing	11	4,20%
Profissional de construção	9	3,43%
Profissional da saúde	8	3,04%
Advogado	4	1,53%

Tabela 4*Ocupação dos inscritos**continua*

Ocupação	Quantidade	Porcentagem
Administração	3	1,15%
Recepcionista	3	1,15%
Servidor público	3	1,15%
Outras ocupações	15	5,72%
TOTAL	262	100%

Ademais, a experiência na universidade por si só pode desencadear crises e desconforto mental, devido à pressão presente nesta etapa da vida. É importante notar que no Brasil, a transição do ensino médio para o ensino superior coincide com um período crucial do desenvolvimento humano, marcado pela formação da identidade que acompanha o início da vida adulta. Durante essa transição, os jovens enfrentam desafios relacionados à identidade sexual, profissional e ideológica. Essas mudanças, combinadas com a adaptação à vida universitária, podem resultar em incertezas, medos e inseguranças, levando a estados de ansiedade e estresse entre os estudantes (Ariño & Bardagi, 2018).

Outro grupo que teve uma representatividade significativa nos dados da pesquisa é o dos autônomos (16,03%). Esse fato pode justificar-se devido à precarização dos trabalhos informais, uma vez que estes não garantem direitos trabalhistas e, normalmente, se caracterizam por uma renda baixa e um esforço alto, gerando assim insegurança e instabilidade financeira, o que pode desembocar no adoecimento do indivíduo (Franco, Druck & Seligmann-Silva, 2010).

Os profissionais da educação também apresentaram uma busca significativa do serviço, resultando em 5,73% dos usuários. A literatura apresenta motivos que podem ser úteis para a compreensão dessa busca. Segundo Vale e Aguilera (2016), a docência é, por si só, uma prática com muitos possíveis agentes estressores, e o contato com um profissional da saúde mental é essencial. Entre esses fatores, conforme os autores citados, estão inclusive o desinteresse dos estudantes, os casos de violência dentro das escolas e das universidades, a inadequação da infraestrutura acadêmica e a falta de reconhecimento do papel do professor, tanto em

termos sociais quanto econômicos, o que pode gerar o afastamento do profissional devido ao adoecimento mental, como, por exemplo, o burnout e o estresse.

Referente à renda familiar, os dados apontam que 40,84% da amostra têm pelo menos um salário mínimo; 32,44% possuem um a dois salários mínimos; 13,74% dois a três salários; 6,49% possuem mais de quatro salários e 3,82% possuem de três a quatro salários, enquanto 2,67% não souberam informar a renda (Tabela 5).

Tabela 5

Renda familiar dos inscritos

RENDA FAMILIAR	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
1 salário mínimo	107	40,84%
1 a 2 salários mínimos	85	32,44%
2 a 3 salários mínimos	36	13,74%
Acima de 4 salários	17	6,49%
3 a 4 salários mínimos	10	3,82%
Não sabe informar a renda	7	2,67%
TOTAL	262	100%

No que se refere ao aspecto socioeconômico, a literatura indica que a maioria das pessoas atendidas pelos serviços-escola de psicologia pertence a uma faixa de baixo nível socioeconômico (Campezatto & Nunes, 2007; Andrade & Castanho, 2014). Isso sugere que o perfil econômico dos pacientes de outros estados brasileiros é similar ao daqueles atendidos pelo SEP/UFCG. Esse achado ressalta a importância desses serviços para indivíduos de baixa renda, já que o acesso à psicologia clínica ainda é limitado para essa parcela da população. Portanto, fica evidente que os serviços de psicologia desempenham um papel social e político ao proporcionar atendimento psicológico a todas as pessoas.

Perfil clínico masculino dos usuários do SEP

O perfil clínico dos pacientes inscritos foi analisado por meio da categorização das queixas e motivações que os levaram a buscar acompanhamento psicológico. Dado que o conteúdo é subjetivo, foram consideradas as palavras-chave

como expressão direta do conteúdo manifestado. As principais razões que levaram os indivíduos a buscar os serviços oferecidos pelo SEP foram: ansiedade (44,27%), conflitos familiares e interpessoais (24,81%), autoconhecimento, curiosidade ou aconselhamento (22,14%) e ideação suicida (9,54%), conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6

Motivação dos inscritos

Motivações	Quantidade	Porcentagem
Ansiedade	116	44,27%
Conflitos familiares e interpessoais	65	24,81%
Autoconhecimento, curiosidade ou aconselhamento	58	22,14%
Ideação suicida	25	9,54%
Estresse pela vida acadêmica	24	9,16%
Depressão	23	8,78%
Pandemia	12	4,58%
Vício	10	3,82%
Luto	10	3,82%
Pânico	9	3,44%
Trauma	9	3,44%
TDAH	9	3,44%
Desânimo	7	2,67%
Doença	7	2,67%
Sexualidade	7	2,67%
Abuso	5	1,91%
Burnout	2	0,76%
Autismo	1	0,38%

A principal motivação apontada pelos usuários na busca pelo serviço de psicologia refere-se à ansiedade, ou seja, 44,27% dos usuários afirmaram que o motivo principal que os trouxe para o SEP foi a ansiedade. Esse fator se alinha com os resultados encontrados no perfil sociodemográfico, uma vez que ele se compõe da seguinte forma: jovens adultos entre 18 e 29 anos, negros, com o ensino superior incompleto (isto é, estudantes) e com uma renda média de um salário mínimo (dados referentes às tabelas 1, 2, 3, 4 e 5).

Como já supracitado, a faixa etária encontrada se localiza no início da vida adulta, o que pode ser um fator ansiogênico (Monteiro, 2011). Esse período é marcado por decisões importantes, como carreira, curso universitário e sair da casa dos pais; naturalmente, é colocada uma expectativa sobre o indivíduo por parte da família, fato que, além da ansiedade, pode justificar a presença de conflitos familiares e interpessoais de forma tão recorrente.

Somado a isso, o público estudado são usuários ingressos no ensino superior, ou seja, pessoas que fazem parte de um grupo vulnerável a adoecimentos mentais, como ansiedade, estresse e depressão (Ariño & Bardagi, 2018). Há estudos brasileiros que apontam que, quanto mais baixa a escolaridade, maior a probabilidade de adoecimento mental (Campos, Ramalho e Zanelli, 2017; Campos et al., 2021). As possíveis razões para isso devem-se à falta de acesso ao conhecimento sobre a importância do cuidado com a saúde mental, à falta de compreensão sobre a necessidade do auxílio de um profissional dessa área e, por fim, ao permanente estigma sobre a ajuda psicológica, associada apenas a pessoas com transtornos mentais e afins. Porém, os universitários também constituem um grupo vulnerável ao adoecimento, devido às pressões próprias da graduação. Segundo Vasconcelos et al. (2015), estima-se que entre 15% e 25% dos estudantes universitários apresentam sintomas depressivos ou ansiosos durante sua formação acadêmica.

Dois fatores sociodemográficos que podem justificar a queixa por ansiedade mencionada pelos usuários dizem respeito à autodeclaração étnico-racial e à renda. A maioria dos usuários se autodeclarou pardo/preto e tem uma renda familiar de um salário mínimo. Esse fato se justifica uma vez que, no Brasil, a desigualdade racial e social andam juntas e se influenciam (Osório, 2021). O Brasil é um país desigual, e a etnia/cor é um fator estruturante nas relações. Segundo Osório (2021), nas últimas três décadas (1986-2019), no Brasil, a renda familiar média da população que se autodeclara branca se manteve duas vezes maior que a renda familiar média da população que se autodeclara negra. A pobreza é um fator de risco e gerador de vulnerabilidades, como a insegurança alimentar, a insegurança habitacional e problemas de saúde; além disso, influencia as oportunidades

acadêmicas, financeiras e sociais, distanciando essa população do acesso à educação e à informação de qualidade, o que dificulta a conscientização sobre o cuidado em saúde mental (Silva & Santana, 2012). Dito isso, é possível afirmar que a vivência do usuário masculino médio que busca atendimento no SEP/UFCG é atravessada por fenômenos ansiogênicos, o que justifica que a ansiedade, os transtornos ansiosos e os depressivos sejam causas majoritárias na motivação da busca dos usuários pelo serviço.

Subsequentemente, a segunda principal motivação apontada pelo público estudado na busca pelo SEP refere-se aos conflitos familiares e interpessoais, abrangendo 24,81% dos usuários. A família representa o primeiro contato social do indivíduo, um lugar de aprendizado de princípios e de valores que direcionarão a vida do indivíduo. Segundo Freitas et al. (2020), as interações familiares positivas podem agir como um escudo contra problemas emocionais e de saúde. Por outro lado, formas de interações negativas, como por exemplo pressões e exigências intrafamiliares, podem servir como uma fonte de fragilidade, aumentando os riscos para a saúde mental.

A recorrência dessa demanda também pode ser justificada pela faixa etária dos indivíduos analisados, que está em conformidade com um fenômeno conhecido como Geração Canguru (Cobo & Saboia, 2010). Segundo Ciriaco, Anjos Junior e Moreira (2016), no Brasil, em 2012, 24,3% dos jovens com idades entre 25 e 34 anos residiam com seus pais, sendo a maioria (60%) do sexo masculino. Além disso, os resultados do perfil sociodemográfico demonstram que o público masculino atendido no SEP é, majoritariamente, de famílias com renda familiar de um salário mínimo, e a ocupação mais recorrente entre os usuários é a de estudante. Reunindo cada um desses fatores, podemos argumentar que os conflitos intrafamiliares estão relacionados às pressões familiares quanto à estadia prolongada dos jovens na casa dos pais. A pesquisa de Neves et al. (2006) entrevistou 40 jovens acima de 23 anos que ainda moram e são sustentados pelos pais, e percebeu que 75% deles relatam sentimentos de angústia, culpa e impotência, que podem ser agravados dependendo da renda familiar e dos conflitos familiares por questões financeiras. Outros

estudos associam a pressão familiar e os conflitos familiares como uma das principais causas da depressão e da ideação suicida (Oliveira et al.; 2018; Miranda et al., 2018). Logo, podemos afirmar que jovens adultos que apenas estudam e dependem dos pais financeiramente tendem a sofrer maiores cobranças, o que, consequentemente, gera conflitos familiares e adoecimentos psicológicos.

Porém, um dado que chama a atenção nas motivações do acesso ao SEP é a quantidade de homens que buscaram o serviço de psicologia com uma mentalidade de cuidado e autoconhecimento (22,14%). Apesar de não ser a principal motivação dentre os participantes, ainda assim é um dado importante, uma vez que ele pode refletir os esforços dos setores de saúde na conscientização desse público quanto ao cuidado com a saúde, direcionados pelo PNAISH. O primeiro objetivo dessa política caminha nessa direção, pois prevê o acesso e o acolhimento do público masculino a partir da reorganização das ações de saúde de forma inclusiva, para que os homens vejam os serviços de saúde como espaços adequados para eles e, ao mesmo tempo, para que os serviços reconheçam os homens como indivíduos que precisam de cuidados e de acesso à saúde (Ministério da Saúde, 2008).

Entretanto, este é um dado que está diretamente atrelado ao perfil sociodemográfico dos participantes, uma vez que a literatura evidencia que há uma presença maior de jovens com um nível elevado de instrução nas buscas de serviços de saúde (Monteiro, 2011; Santos, 2021; Campos, Ramalho & Zanelli, 2017; Campos et al., 2021). Endossando essa justificativa, a quinta motivação mais recorrente dentre os participantes é justamente o estresse pela vida acadêmica (9,16%), o que evidencia a presença de usuários com um nível maior de instrução, sendo assim um público que se reconhece e se conscientiza sobre a importância do cuidado e da manutenção da saúde mental, confirmando o perfil sociodemográfico apresentado na Tabela 3.

É válido ressaltar que, mesmo após 16 anos de existência da PNAISH, as mudanças são mínimas quando analisamos um público mais geral, e ainda não refletem a atenção e o acolhimento promulgados. Segundo a pesquisa de Pimentel et al. (2017), na

qual foram entrevistadas nove profissionais da saúde, apenas duas acertaram todas as questões referentes à PNAISH, e seis profissionais afirmaram que nunca tiveram acesso a treinamentos, cursos ou capacitações sobre saúde do homem. Na mesma pesquisa, foram entrevistados 27 homens entre 20 e 59 anos (recorte populacional ao qual se destina a PNAISH), dos quais 26 indicaram que nunca estiveram envolvidos em qualquer iniciativa educacional promovida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) especificamente direcionada às necessidades do público masculino, e 19 deles declararam nunca ter tido conhecimento prévio sobre a existência de políticas de saúde direcionadas especificamente para homens. Além disso, 12 dos participantes que buscaram o serviço alegaram problemas de hipertensão, sendo a motivação mais frequente, o que mostra a distância de uma mentalidade de cuidado e confirma a ideia de que a maioria dos homens ainda procura os serviços de saúde quando já está enfrentando problemas mais graves.

Ainda no estudo de Pimentel et al. (2017), uma justificativa utilizada pelo público masculino quanto ao baixo acesso aos serviços de saúde está relacionada ao horário comercial de trabalho, que entra em contraste com o horário em que os serviços são oferecidos, o que justifica a maior presença de jovens estudantes em detrimento de homens que trabalham. Além disso, outra justificativa recorrente (presente na fala de 18 participantes do referido estudo) é que a menor presença nos serviços de saúde se deve ao fato de não adoecerem tanto, o que aponta para um pensamento de cuidado em saúde voltado para a correção, e não para a prevenção.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é essencial para a mudança desse quadro no Brasil e, para isso, requer a devida implementação dessa política nos setores primários, pois estes são a porta de entrada para o cuidado em saúde da população. Desse modo, se faz necessária a presença de profissionais mais qualificados para o atendimento desse público, horários mais acessíveis e campanhas conscientizadoras para a educação em saúde dos usuários, gerando assim uma atenção não só com o corpo, mas, consequentemente, com a mente.

Considerações finais

Conclui-se que, apesar dos avanços quanto à promoção da saúde mental, o adoecimento mental ainda é a principal causa de busca por um serviço de psicologia entre o público masculino, fato que evidencia a dificuldade enfrentada por homens no autocuidado em saúde, tal qual evidenciado pela PNAISH.

Os resultados deste estudo têm o potencial de melhorar significativamente os atendimentos prestados por um serviço de psicologia. Inicialmente, ao caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico do público atendido, é possível ajustar as práticas clínicas para atender de forma mais eficaz às necessidades desse público. Além disso, ao analisar e discutir os fatores que podem estar contribuindo para o adoecimento psicológico do público masculino, levando em conta as vulnerabilidades sociais relacionadas a gênero, idade, cor, raça, etnia e classe social, é possível desenvolver uma compreensão mais abrangente e empática das questões enfrentadas pelos pacientes.

Por fim, os achados da pesquisa podem ser úteis para a formação dos profissionais de psicologia, ao estimular discussões sobre os fatores sociais que influenciam o público masculino em busca de acompanhamento psicológico. Isso pode contribuir para uma formação ética e política que priorize políticas públicas, como a PNAISH, visando aprimorar estratégias de promoção da saúde e prevenção de fatores que levam ao adoecimento, dentro do contexto específico em que o serviço está inserido. Destaca-se ainda a importância da continuidade de pesquisas nessa área, dada a escassez de estudos e a possibilidade de variações de resultados conforme o espaço e o tempo.

Referências

- Alves, I. N. C. (2019). Saúde mental do homem e construção das masculinidades na sociedade e na escola. *Anais IV Desfazendo Gênero*. Realize Editora. <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/64237>.
- Alves, R. F., & Eulálio, M. C. (2011). Abrangência e níveis de aplicação da psicologia da saúde. In R. F. Alves (Org.), *Psicologia da saúde: Teoria, intervenção e pesquisa* (pp. 65-88). EDUEPB. <https://books.scielo.org/id/z7ytj/pdf/alves-9788578791926-03.pdf>.
- Andrade, M. S., & Castanho, M. I. S. (2014). Caracterização do perfil de clientela de clínica-escola de psicopedagogia. *Revista Psicopedagogia*, 31(95), 101-108. <https://cdn.publisher.gn1.link/revistapsicopedagogia.com.br/pdf/v31n95a03.pdf>.
- Ariño, D. O., & Bardagi, M. P. (2018). Relação entre fatores acadêmicos e a saúde mental de estudantes universitários. *Psicologia & Pesquisa*, 12(3), 54-62. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472018000300005
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70 Brasil. (Trabalho original publicado em 1977). https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN__L._1977._Analise_de_conteudo._Lisboa__edicoes__70__225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2007). *A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento* (27a ed.). Vozes.
- Bourdieu, P. (1999). *A dominação masculina*. (1a ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Bourdieu, P. (2002). *A dominação masculina* (2a ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Campezatto, P. V. M., & Nunes, M. L. T. (2007). Atendimento em clínicas-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 363-374. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300008>

- Campos, I. de O., Cruz, D. M. C., Magalhães, Y. B., & Rodrigues, D. da S. (2021). Escolaridade, trabalho, renda e saúde mental: Um estudo retrospectivo e de associação com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(3), 1–21. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310319>.
- Campos, I. de O., Zanelli, V., & Ramalho, W. M. (2017). Saúde mental e gênero: O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 22(1), 68-77. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v22n1/a08v22n1.pdf>.
- Carrara, S., & Saggese, G. (2011). Masculinidades, violência e homofobia. In R. Gomes (Org.) *Saúde do homem em debate* (pp. 201-225). Editora Fiocruz. Recuperado de <https://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-10.pdf>.
- Ciriaco, J. S., Anjos Junior, O. R., & Moreira, I. T. (2016). Casa, comida, roupa lavada e amor de mãe: Uma análise dos determinantes da geração canguru no Brasil. In W. R. Justo, D. F. Alves, & S. da S. Bezerra (Org.), *Conjuntura econômica e crise política: Barreiras para o desenvolvimento macroeconômico do país* (pp. 70-86). URCA. <https://silo.tips/download/palavras-chave-geracao-canguru-determinantes-economico-afetivo-familiar>.
- Cobo, B., & Saboia, A. L. (2010). A “geração canguru” no Brasil. In *Anais do 17º Encontro Nacional de Estudos Populacionais* (pp. 1-11). Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP. https://www.academia.edu/105575343/A_gera%C3%A7%C3%A3o_canguru_no_Brasil?uc-sb-sw=10059248
- Dias, J. V. S., & Amarante, P. D. C. (2022). Educação popular e saúde mental: Aproximando saberes e ampliando o cuidado. *Saúde Debate*, 46(132). <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213213>.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: Um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>.
- Fonseca, J. J. S. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. UECE. <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>.
- Franco, T., Druck, G., & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 229-248. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>.
- Freitas, P. M. de, Costa, R. S. N., Rodrigues, M. S., Ortiz, B. R. de A., & Santos, J. C. dos. (2020). Influência das relações familiares na saúde e no estado emocional dos adolescentes. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4), 95-109. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000400009.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). Atlas. https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf.
- Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-572. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.
- Gomes, E. A. P., Vasconcelos, F. G., & Carvalho, J. F. (2021). Psicoterapia com Idosos: Percepção de Profissionais de Psicologia em um Ambulatório do SUS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003224368>
- Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. (2010, 21 de julho). Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm
- Levy, M. S. F. (2009). A escolha do cônjuge. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 26(1), 117-133. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982009000100009>.

- Miranda, I. M. de O., Zeuri, E., Tank, K., Barbosa, J. G., Filho, N. A., & Rezende, L. F. de. (2018). Caracterização da ideação suicida em estudantes universitários. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 16(1), 1-8. http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/3731/pdf_788.
- Ministério da Saúde. (2008). *Política nacional de atenção integral à saúde do homem*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf.
- Monteiro, R. A. de P. (2011). *A transição para a vida adulta no contemporâneo: Um estudo com jovens cariocas e quebequenses*. [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Repositório NIPIAC UFRJ. <http://www.nipiac.ufrj.br/producao2/item/477-a-transicao-para-a-vida-adulta-no-contemporaneo-um-estudo-com-jovens-cariocas-e-quebequenses>.
- Neves, M. P., Silva, D. R., Bernardino, L. G., & Mendes, T. D. (2006, Julho). *Jovens adultos universitários e dependência financeira*. Anais da 58 Reunião Anual da SBPC, Florianópolis. https://www.sbpnet.org.br/livro/58ra/SENIOr/RESUMOS/resumo_944.html.
- Oliveira, P. P. (2004). *A construção social da masculinidade*. Editora UFMG; Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.
- Oliveira, M. I. V. de, Bezerra, J. G., Filho, Feitosa, R. F. G., & Souza, J. E. P. (2018). Fatores de risco e ideação suicida em pessoas com tentativa de suicídio. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 42(2). <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n2.a2598>
- Organização Mundial da Saúde. (2021, 1 de Setembro). Mental health of adolescents. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. *Organização Mundial da Saúde*. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>.
- Osório, R. G. (2021). *A desigualdade racial no Brasil nas últimas três décadas*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10623/1/td_2657.pdf.
- Pimentel, W. C., Vasconcelos, I. C. B. de L., Rangel, E. M., Castro, B. G. D. M. M., & Moraes, L. P. (2017). “Porque eu sou é homem!”: Uma análise dos impactos da construção social da masculinidade no cuidado com a saúde. *Interfaces Científicas - Humanas e Sociais*, 6(2), 243-252. <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2017v6n2p243-252>.
- Ribeiro, R. R. S., Prestes, J. Y. D. N., Silva, I. L. da, Albuquerque, M. dos S., Silva, S. D. da, & Duque, M. A. A. (2020). Avaliação da política de saúde do homem na atenção primária de um município do agreste pernambucano. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3), 3935-3947. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/9471/7978>.
- Ribeiro, P.C.C. (2015). A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8, 269-283. Recuperado em 14 de abril de 2025, de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200009
- Santos, L. de F. M. (2021). *A experiência da ansiedade no início da vida adulta*. [Monografia, Centro Universitário Unidades de Ensino Superior Dom Bosco]. Repositório UNDB. <http://repositorio.undb.edu.br/bitstream/areas/624/1/LETICIA%20DE%20FATIMA%20MATOS%20SANTOS.pdf>.
- Santos, D. J. S., Junior, Palomares, N. B., Normando, D., & Quintão, C. C. A. (2010). Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. *Dental Press Journal of Orthodontics*. <https://www.scielo.br/j/dpjo/a/cpSn3rmDvrkMNTHj7bsPxgh/?format=pdf&lang=pt>
- Silva, D. F. da, & Santana, P. R. de. (2012). Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. *Temas Livres Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 6(4). <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214>

- Silva, R. P., & Melo, E. A. (2021). Masculinidades e sofrimento mental: do cuidado singular ao enfrentamento do machismo? *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(10). <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10612021>.
- Silva, R. H., & Décio, R. (2020). Um olhar fenomenológico sobre as crises existenciais na contemporaneidade. *Revista de Filosofia Moderna e Contemporânea*, 8(1), 285-305. <https://doi.org/10.26512/rfmc.v8i1.28914>.
- Silva, S. O., Budó, M. L. D., & Silva, M. M. (2013). Concepções de práticas de cuidado na visão de homens. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 22(2), 389-396. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200015>.
- Smolen, J. R., & Araújo, E. M. (2017). Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Universidade Estadual de Feira de Santana*, 22(12), 4021-4030. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>.
- Vale, P. C. S., & Aguilera, F. (2016). Estresse dos professores de ensino fundamental em escolas públicas: uma revisão de literatura. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 5(1). <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v5i1.712>.
- Vasconcelos, T. C. de, Dias, B. R. T., Andrade, L. R., Melo, G. F., & Barbosa, L. (2015). Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(1), e00042014. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00042014>.

As Percepções dos(as) Psicólogos(as) que Atuam na Clínica Sobre o Atendimento a Mulheres em Situação de Violências

Larissa Gabrielle de Oliveira¹  e Maiara Leandro² 

Faculdades ESUCRI, Criciúma, Santa Catarina, Brasil

Resumo: Esta pesquisa objetivou compreender as percepções dos(as) psicólogos(as) no atendimento a mulheres em situação de violência, analisando as suas possíveis contribuições e as estratégias utilizadas para auxiliá-las na superação desta violência, os desafios enfrentados neste processo e verificando como ocorre o trabalho intersetorial. Esta pesquisa foi de natureza exploratória e descritiva, com uma abordagem qualitativa. Foi utilizado, como instrumento, um questionário *on-line* por meio do Google Forms, e dele participaram 64 psicólogos(as). Com isto, obteve-se, como principais resultados, o acolhimento como uma das principais técnicas utilizadas para contribuir para a diminuição das violências e para a ressignificação destas experiências. A rede de apoio informal pode representar tanto um desafio, por encontrar-se, às vezes, fragilizada, quanto uma contribuição fundamental, quando fortalecida, no processo de recuperação e de suporte à mulher. Conclui-se que o acolhimento é fundamental para criar um ambiente seguro e uma escuta sensível, permitindo que estas mulheres estabeleçam um vínculo de confiança. Além disso, uma rede de apoio eficaz é essencial para fortalecer a mulher. É igualmente importante o trabalho intersetorial, o qual integra diversos serviços na rede de apoio formal, proporcionando resultados mais efetivos para estas mulheres.

Palavras-chave: mulheres, psicólogo(a), rede de apoio, violências

Psychologists' Perceptions About The Care For Women In Violent Situations

Abstract: This research aimed to understand the perception of psychologists in the caring of women in situations of violence, analyzing their likely contributions and strategies used to assist them overcome this violence, the challenges faced in this process as well as to verify how intersectoral work occurs. The research was exploratory and descriptive, with a qualitative approach. An online questionnaire by means of Google Forms was used as a research instrument and 64 psychologists took part. As a result, the main outcomes obtained were that support is one of the main techniques used to contribute to the reduction of violence and the redefinition of these experiences. The informal support network might represent both a challenge because it is sometimes weakened, and a fundamental contribution, when strengthened, in the process of recovery and empowerment of women. We may conclude that support is essential to create a safe environment and sensitive listening, which in turn allows these women to establish a bond of trust. In addition, an effective support network is highly essential to strengthen women. Intersectoral work is equally important, which entangles diversified services in the formal support network, which provides more effective results for these women.

Keywords: women, psychologist, support network, violence

¹ Graduada em Psicologia pelas Faculdades ESUCRI, Criciúma (SC), Brasil. *E-mail:* larissagbolv@gmail.com

² Doutora em Psicologia. Docente nas Faculdades ESUCRI, Criciúma (SC), Brasil. *E-mail:* maiara.leandro@esucri.com.br

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002, p. 5) definiu a violência como: “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”.

Segundo a pesquisa “Visível e Invisível”, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023), 43% das mulheres com mais de 16 anos já sofreram algum tipo de violência. As principais formas de violências destacadas foram: a Psicológica (32,6%), a Física (24,5%), a Sexual (21,1%), a de ser forçada a ficar sozinha ou impedida de se comunicar com amigos e familiares (12,9%) e a de ter acesso negado a recursos básicos, como assistência médica ou dinheiro (9,8%).

A violência contra a mulher decorre da relação de poder que está na base estrutural da sociedade. As reivindicações das mulheres pelos direitos humanos vêm ocorrendo há muito tempo e expressam a busca pela dignidade diante de um sistema patriarcal que, de modo contínuo, as nega e as submete à violência (Cisne, 2015).

Desde meados do século XX, as mulheres brasileiras intensificaram a busca pelos seus direitos políticos. A Constituição de 1891 não mencionava explicitamente que as mulheres não poderiam participar do processo eleitoral, mas a sua ambiguidade permitiu interpretações as quais, na prática, excluíram as mulheres do direito ao voto. Somente em 1932, foi promulgado o Código Eleitoral, garantindo às mulheres o direito de votar e o de serem votadas, ainda de forma facultativa (Buonicore, 2009; Zanão, 2024).

O Código Civil de 1916, vigente durante muitas décadas no Brasil, refletia uma sociedade marcadamente patriarcal. Os direitos das mulheres eram limitados e subordinados à figura do marido, a quem era atribuído o poder sobre a esposa e sobre os filhos. Esta desigualdade se evidenciava, por exemplo, na obrigatoriedade de a mulher adotar o sobrenome do marido, reforçando a ideia de que era propriedade dele. Apenas em 1962, com a promulgação do Estatuto da Mulher Casada (Lei

nº 4.121/62), iniciou-se uma mudança significativa, conferindo às mulheres uma maior autonomia civil. Já a Lei do Divórcio (Lei nº 6.515, de 26 de dezembro de 1977) representou mais um avanço, ao regulamentar a dissolução do casamento e assegurar direitos importantes, como a possibilidade de a mulher retomar o seu sobrenome de solteira, caso fosse de sua vontade, estabelecendo, assim, maior liberdade e o poder de escolha (Paula & Riva, 2018).

Somente a partir da década de 1980 começam as reivindicações, feitas por feministas, as quais reuniram pesquisadores de diferentes áreas para produzir estudos sobre a violência contra a mulher. Estas iniciativas contribuíram para dar uma maior visibilidade ao tema, ampliando a compreensão sobre as suas causas e consequências. Além disto, este movimento passou a cobrar do Estado uma visibilidade, um maior envolvimento e as ações concretas na luta contra a violência, destacando a necessidade de políticas públicas efetivas para combater este problema. Em 2002, a OMS declarou a violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública. Somente em 2006, foi criada a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340), visando promover o direito das mulheres (Curia et al., 2020; Silva et al., 2020).

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, o qual é desencadeado por diversos fatores. É fundamental reconhecer como a construção social do ser feminino contribui para essa violência. Historicamente, as mulheres foram vistas como frágeis, necessitando de proteção, e frequentemente apresentadas como dependentes dos seus maridos, com as suas potencialidades minimizadas em comparação com as do gênero masculino. Em contraste, os homens frequentemente detinham o poder de determinar normas e punir comportamentos que fugissem desses padrões. Essa construção social influencia ainda hoje as relações afetivas. Além disso, a violência contra a mulher por vezes é transgeracional, ou seja, a criança aprende com a família o modo de se relacionar com o parceiro ou parceira na vida adulta, reproduzindo, assim, ou naturalizando comportamentos violentos (Falcke & Wagner, 2014). Embora qualquer mulher possa ser vítima de violência doméstica, fatores como classe social, raça, cultura e

religião podem influenciar a vulnerabilidade e a forma como a violência é vivenciada e abordada (Schraiber & D'Oliveira, 2008; Fraga, 2012; Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas [CREPOP], 2013; Souza & Silva, 2019).

O processo de rompimento da violência contra a mulher pode ser dificultado por diversos fatores. Muitas vezes, a mulher sente vergonha e culpa por estar na situação em que se encontra, o que pode levá-la a isolar-se de familiares e amigos. Além disso, a falta de conhecimento sobre os seus direitos e os serviços disponíveis para assistência, bem como as ameaças feitas pelo parceiro, podem contribuir para a sua dificuldade em buscar ajuda. A dependência emocional e financeira em relação ao parceiro também pode ser um obstáculo significativo. Muitas vezes, as vítimas preocupam-se com o bem-estar de seus filhos e temem o impacto que uma separação poderá ter sobre eles. Outro fator crítico é a dificuldade em reconhecer os atos de violência e compreender que estão em um ciclo de violência (Souza & Silva, 2019; CREPOP, 2013; D'Oliveira & Schraiber, 2013; Silva et al., 2012; Audi et al., 2009).

A violência geralmente ocorre em forma de ciclo e se manifesta em três fases: a primeira fase é a da tensão, momento em que o homem começa a ficar mais irritado e a fazer ameaças à mulher; a segunda, a da explosão, na qual a tensão acumulada se transforma em violência (de todos os tipos); e a terceira, a da lua de mel, na qual ele diz que está arrependido e que vai mudar o seu comportamento (que geralmente acontece de forma temporária), e começa a demonstrar afeto. Cria-se um contexto em que a mulher não consegue sair desse ciclo, pois começa a achar que o que acontece ali é o "normal", demorando um tempo para que consiga ressignificar essas violências (CREPOP, 2013).

As redes de apoio são muito importantes no processo de rompimento e de ressignificação das violências. São divididas na rede de apoio informal e na formal. A primeira é formada por familiares e amigos. Contudo, é muito comum que as mulheres em situação de violência se afastem da sua rede de apoio informal, e, quando há esse distanciamento, o parceiro consegue ter mais controle sobre elas. Por isso é muito importante o fortalecimento dessa

rede, para que a mulher consiga ter acesso a todos os suportes necessários. Já a rede de apoio formal é formada por profissionais de instituições (públicas ou privadas) e serviços públicos que oferecem suporte às mulheres. Os principais serviços disponibilizados são: o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), a Casa Abrigo³, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), as Delegacias especializadas, entre outros (Pontes et al., 2021; D'Oliveira & Schraiber, 2013; Grossi et al., 2008; Delzियो et al., 2022).

O psicólogo ou a psicóloga que atua na clínica faz parte da rede de apoio formal, e a sua atuação com mulheres em situação de violência é muito importante e essencial, pois pode auxiliá-las a fortalecer-se e reestruturar-se emocionalmente. O foco será o acolhimento, buscando um ambiente seguro para que a mulher consiga trabalhar na reconstrução da sua autoestima, da sua autoimagem, e da sua autonomia; valorizar as suas potencialidades; buscar reconhecer os padrões em que está inserida e entender o porquê de não conseguir sair desta relação, evitando a revitimização e resgatando a sua identidade (Frederico & Gomes, 2021; Camargos et al., 2023, Brandt et al., 2023; Gomes et al., 2014).

Deste modo, esta pesquisa teve como objetivo principal compreender as percepções dos(as) psicólogos(as) sobre o atendimento a mulheres em situação de violência, para que se possa entender como se dá este trabalho e os desafios os quais são encontrados.

Método

A pesquisa foi de natureza exploratória, a qual tem como objetivo selecionar um objeto de estudo, verificando as variáveis as quais o influenciam e visando a uma investigação mais ampla, com procedimentos sistematizados e a criação de hipóteses. E também descritiva, pois tem como objetivo descrever as características de um grupo, levando em consideração as diversas variáveis. Com abordagem qualitativa, visto que aprofundará

³ A Casa abrigo é um lar temporário para mulheres que não possuem uma residência segura.

nas relações, nos processos e nos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Gil, 2008; Minayo, 2001).

Participaram deste estudo psicólogos(as) que atuam na área clínica. Como critério de inclusão, foram selecionados psicólogos(as) que tenham atendido mulheres em situações de violência e que tenham, no mínimo, um ano de experiência em atendimentos clínicos. Como critério de exclusão, consideraram-se pessoas que não atuam como psicólogos(as) ou na área clínica, que não aceitaram participar da pesquisa de acordo com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que não responderam a todas as etapas do instrumento.

Utilizou-se um questionário *on-line* por meio da plataforma do Google Forms, contendo perguntas semiestruturadas. Neste instrumento, foi questionado sobre os principais desafios encontrados no atendimento a mulheres em situação de violência, como o(a) psicólogo(a) pode contribuir para a ressignificação dessas violências e como ocorre o trabalho intersetorial entre o(a) psicólogo(a) e as políticas públicas na rede secundária. Por fim, verificou-se o perfil sociodemográfico, levantando-se dados como idade, sexo, raça, estado que reside, especialização, abordagem, modalidade de atendimento e tempo de atuação na área clínica.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH). Após a aprovação sob o número do parecer número (6.994.166), divulgou-se o *link* do questionário *on-line* via Instagram e WhatsApp. Utilizou-se a técnica de “bola de neve” (*snowball sampling*), em que o participante convida outras pessoas a participar, aumentando o número de participantes na pesquisa (Flick, 2009).

Inicialmente, o participante teve acesso ao TCLE; após a aceitação em realizar esta pesquisa, respondeu às perguntas abertas sobre o tema e, por último, às referentes ao perfil sociodemográfico. Após a finalização do levantamento dos dados, foi realizada a análise de conteúdo de tipo categorial, a qual consiste em categorizar os dados, agrupando-os de acordo com as suas características; em seguida, em codificar, atribuindo códigos aos dados; e, por último, em interpretar, compreendendo os dados e identificando padrões (Bardin, 2011). Já os dados do perfil sociodemográfico foram analisados de forma descritiva.

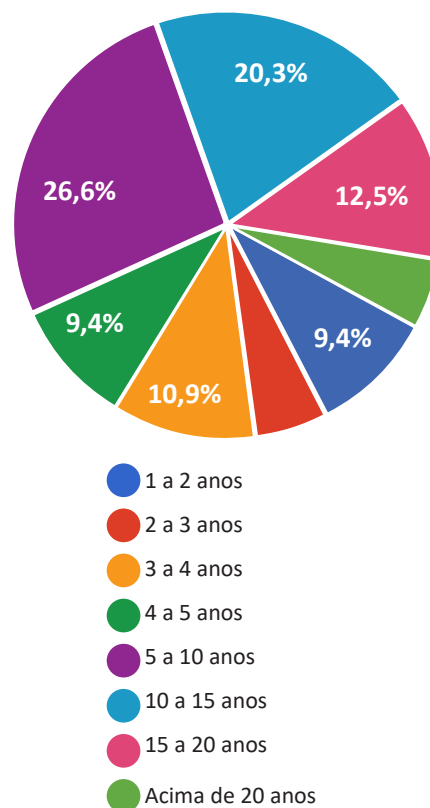
Resultados

Participaram do questionário 64 psicólogos(as) os quais atuam na área clínica há mais de um ano e atenderam mulheres em situação de violência. Em relação ao Gênero dos(as) participantes, identificaram-se: mulher cisgênero (57), homem cisgênero (6) e não binário (2). A idade variou entre: 24 e 35 anos (30), 36 e 44 anos (23), 46 e 55 anos (8), 57 e 62 anos (3). Os participantes residem nos estados de Santa Catarina (36), Minas Gerais (8), Rio Grande do Sul (8), São Paulo (5), Paraná (3), Bahia (2), Tocantins (1) e Pará (1).

Sobre a modalidade de atendimento, os dados revelaram: presencial e *on-line* (50), presencial (9), *on-line* (4) e domiciliar (1). Em relação ao tempo de atuação como psicólogo(a), os resultados foram: 5 a 10 anos (17), 10 a 15 anos (13), 15 a 20 anos (8), 3 a 4 anos (7), 1 a 2 anos (6), 4 a 5 anos (6), 2 a 3 anos (4) e acima de 20 anos (3). Quanto à especialização, 56 possuem curso de pós-graduação, 7 estão cursando e 1 não possui. Quando questionados se atuam em mais alguma área da psicologia: 29 responderam que sim e 25 que não.

Figura 1

Quanto tempo atua como Psicólogo(a) Clínico(a)?
64 respostas



Sobre a quantidade de mulheres em situação de violência atendidas, os resultados foram: 1 a 5 mulheres (22), mais de 20 mulheres (18), 6 a 10 mulheres (10), Apenas 1 mulher (6), 16 a 20 mulheres (3), não souberam precisar a quantidade (3) e 11 a 15 mulheres (2). Ao serem questionados se alguma dessas mulheres desistiram do processo psicoterapêutico por conta da situação de violência: sim (37), não (18), talvez (6) e não sei (3). Em relação a se alguma dessas mulheres buscam psicoterapia por conta da situação de violência: sim (53), não (10), talvez (1). Sobre a realização de encaminhamentos para outros serviços especializados: sim (57), não (5) e talvez (1).

Os serviços especializados que realizaram encaminhamentos são: Psiquiatra (43), advogado(a) (33), Polícia Civil (31), CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social (28), UBS- Unidade Básica de Saúde (26), CAPS - Centros de Atenção Psicossocial (20), Judiciário (18), CRAS - Centro de Referência de Assistência Social (17), Polícia Militar (16), Casa De Acolhimento (11), Hospital (9), Dentista (5), NUPREVIPS - Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (2), Bombeiros (1) e CRM - Conselho Regional de Medicina (1).

As perguntas abertas foram analisadas e categorizadas, as quais foram agrupadas de acordo com as suas características. Cada pergunta teve a sua grelha de categorias, conforme as tabelas 1, 2, 3 e 4.

Tabela 1

Estratégias que auxiliam nos atendimentos

Categorias	Nº de respostas
Acolhimento	24
Desenvolver o fortalecimento emocional	12
Abordagem psicodramática	10
Técnicas da TCC	9
Referências científicas	8
Contribuiu, mas não especificou como	6
Visualização do ciclo da violência	3
Encaminhamento para a rede	3
Autopercepção	3
Técnicas psicanalíticas	1
Trabalho com grupos	1

Na categoria “Acolhimento”, destaca-se a sua importância como estratégia para ressignificar as experiências de violência, permitindo um ambiente seguro e de confiança. Conforme relatado:

Sim. Nos meus atendimentos, priorizo o fortalecimento de um vínculo saudável. Meu objetivo principal é oferecer uma escuta ativa, focada na atenção e acolhimento dos sinais comportamentais, emoções e sentimentos. Isso ajuda a construir confiança e coragem para discutir situações de violência no ambiente terapêutico (P45).

Já na categoria “Desenvolver o Fortalecimento emocional”, evidencia-se a necessidade de reconstruir a autoestima e a autonomia da mulher, proporcionando recursos para enfrentar a violência. Como mencionado: “[...] costumo trabalhar o fortalecimento delas para o enfrentamento da violência ou proteção, dependendo do caso” (P2).

Tabela 2

Principais desafios no atendimento às mulheres em situação de violência

Categorias	Nº
Naturalização da violência / resistência	13
Manejo clínico	10
Disseram que há desafios, mas não especificaram	10
Desenvolver a independência emocional e financeira	9
Riscos	6
Rede formal/informal	6
Abandono da terapia	5
Sentimentos do(a) psicólogo(a)	3
Mulher se coloca em risco	2

Na categoria “Naturalização da violência/resistência”, pode-se destacar que a violência muitas vezes é percebida como algo cotidiano e inerente às relações, o que dificulta o reconhecimento dela como um problema e a busca por ajuda. Conforme citado pela participante: “O maior desafio foi a dificuldade de reconhecimento das mesmas, da situação que estavam vivenciando” (P39).

Já na categoria “Manejo Clínico”, percebe-se a complexidade no atendimento às mulheres em situação de violências, conforme relatado pelo participante:

Sim, na verdade, vários. Discutir sobre “o que aconteceu”, “quando aconteceu”, “com quem aconteceu”, e “como aconteceu” em cada fase requer tempo e muitas sessões para abordar o tema de forma menos dolorosa. Além disso, não podemos esquecer a complexidade sempre presente em situações de violência. O manejo clínico exige extrema sensibilidade e compreensão de que se trata de um processo delicado, altamente técnico e cauteloso. Cada vez que o(a) paciente consegue falar sobre o assunto e revelar algo, é uma conquista que deve ser reforçada no final das sessões (P45).

Tabela 3

Como o(a) psicólogo(a) pode contribuir para a diminuição da violência?

Categorias	Nº
Fortalecimento	26
Trabalhar a desnaturalização da violência e a identificação dos padrões familiares repetitivos	23
Sensibilização à escuta das violências e respeito à escolha individual	17
Trabalhar em rede e ser parte	15
Trabalhar na prevenção	7
Psicoeducação	6
Estudar constantemente e se basear na ciência	5
Conduta ética	5
Desenvolver a independência emocional e a financeira e identificar os motivos para permanência	5
Contribuiu, mas não especificou como	3

A categoria “Fortalecimento”, citada como a principal forma de contribuição do(a) psicólogo(a), aborda recursos para que as mulheres se sintam preparadas para tomar suas próprias decisões, conforme mencionado pelo participante: “Levando informações, trabalhando o fortalecimento de vínculos, autoestima e auxiliar na busca da independência emocional e financeira” (P47).

Na categoria “Trabalhar a desnaturalização da violência e a identificação dos padrões familiares repetitivos”, percebe-se a necessidade de auxiliar essas mulheres a reconhecerem o padrão em

que estão inseridas e desnaturalizar a violência, conforme citado pelo participante: “Pode auxiliar na desconstrução da naturalização da violência; nas estratégias de enfrentamento, o que também considera a denúncia e modos protetivos de interromper o ciclo da violência, bem como investigar os padrões transgeracionais violentos”(P47).

Tabela 4

Como o (a) psicólogo (a) pode contribuir para a ressignificação da violência sofrida

Categorias	Nº
Fortalecimento e modificação das crenças de merecimento e capacidade	38
Trabalhar o sentimento de culpa e o reconhecimento de crenças e padrões Familiares	29
Acolhimento	16
Ser rede e trabalhar em rede	9
Contribuiu, mas não especificou como	8
Reparação psicológica	7
Psicoeducação	5
Estudar constantemente e se basear na ciência	5

Na categoria “Fortalecimento e modificação da crença de merecimento e capacidade”, percebe-se que o(a) psicólogo(a) busca, por meio do fortalecimento pessoal, ajudar a mulher a reconhecer suas potências, superar crenças limitantes e explorar novas possibilidades para sua vida, conforme relatado pela participante: “Através do fortalecimento de si mesma, enxergando suas próprias potências, encorajando para olhar para novas possibilidades e cuidando dos traumas causados pela violência” (P41).

Enquanto que na categoria “Trabalhar o sentimento de culpa e o reconhecimento de crenças e padrões familiares”, evidencia-se a necessidade de ajudar a mulher a compreender os fatores que influenciam suas vivências, conforme mencionado pelas participantes: “Proporcionando o autoconhecimento e fortalecendo essa mulher, fazendo-a perceber seus padrões, crenças, inseguranças, autoconfiança, a fim de se desvencilhar dessa situação [...]” (P20)

[...] e no processo psicoterapêutico, quando validado pelo paciente em compreender sua forma de agir nos seus relacionamentos, na sua história de vida e instigar a mudar este

padrão. Porque é comum este padrão se repetir em outros relacionamentos. E uma forma desta mulher entender o seu papel na situação de agressão. O que levou a estas escolhas e como traçar novas perspectivas de vida sem a violência (P43).

Discussão

Observou-se nessa pesquisa, que as mulheres cisgênero (57 participantes) ainda predominam o mundo da Psicologia, o que pode estar ligado a uma construção social e de gênero, as quais influenciam na escolha da carreira. Figuerêdo e Cruz (2017) apontam como explicação para isso que algumas profissões estão culturalmente associadas ao cuidado, tendo as atribuições e as funções ligadas às mulheres.

A maioria dos(as) participantes (50) atende na modalidade presencial e *on-line*. Após a pandemia, muitos(as) psicólogos(as) adotaram a modalidade *on-line* em seus atendimentos, facilitando que os pacientes os quais não conseguem comparecer presencialmente tenham mais acessibilidade. Além disso, com a pandemia, houve um aumento da demanda por saúde mental, o qual, juntamente com o contexto de isolamento social, fez com que aumentasse a demanda por serviços *on-line* (Viana, 2020).

Ao adentrar no tema da violência, os entrevistados trouxeram que atenderam somente de 1 a 5 mulheres (22 participantes) em situação de violência, contudo, de acordo com a pesquisa Visível e Invisível, 43% das mulheres com mais de 16 anos já sofreram algum tipo de violência por parte dos parceiros íntimos (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023), ou seja, as mulheres que estão nessa situação têm mais dificuldade em chegar na terapia. Essa baixa procura por atendimento psicológico pode estar associada a diversos fatores, entre eles a dificuldade das mulheres em expressar seu sofrimento e a tendência de buscar aspectos positivos no companheiro, mantendo a esperança de que ele possa mudar. Além disso, concepções patriarcais atuam como obstáculos, pois prezam a preservação do casamento e reforçam a dependência em relação à autoridade masculina, dificultando ainda mais a busca por ajuda (Moraes, 2022).

Em relação a se alguma dessas mulheres buscaram psicoterapia por conta da situação de violência, a maioria (53 participantes) apontou que sim, demonstrando que as mulheres enxergam a psicoterapia como um recurso para enfrentar a violência. Silva et al. (2020), afirmam que o atendimento psicológico é importante no enfrentamento da violência contra a mulher, pois pode ajudá-las a compreender melhor a dinâmica em que está inserida, fortalecendo e criando novas perspectivas.

Os riscos como resposta aos desafios nos atendimentos (6 respostas na categoria) variam entre o aumento da violência, isolamento, ineficácia da justiça, entre outros. Para Silva (2017), a falta de profissionais para fiscalização dificulta o atendimento de demandas de violência doméstica. Além disso, a maioria dos(as) psicólogos(as) (57) afirmaram que houve a desistência do processo psicoterapêutico, assim como apontaram como desafios o abandono da terapia (5 respostas na categoria), mostrando que ainda há uma dificuldade na acessibilidade dessas mulheres a chegarem e continuarem no processo. Um dos principais obstáculos apontados na busca ou continuação no processo de ajuda são: o alto custo, burocratização, respostas inadequadas dos profissionais e pouco efetivas (Hanada, 2008).

O manejo do atendimento clínico (10 respostas na categoria) também é visto como um desafio para os(as) participantes, pois a mulher em situação de violência pode ter dificuldade na criação de vínculo e expressar sobre as violências sofridas. Para isso, é indicado a utilização do manejo clínico com acolhimento e articulação com outros serviços para diminuir os riscos (Freitas & Silva, 2019).

Em concordância com os autores, os(as) participantes apontaram a importância do acolhimento, estando em primeiro lugar das respostas sobre as técnicas mais utilizadas (24 respostas) e terceiro nas ressignificações (16 respostas), evidenciando que é essencial no atendimento clínico de mulheres em situação de violência, pois envolve uma escuta sensível e um lugar seguro para elas. Deste modo, o acolhimento deve envolver uma escuta sensível e um atendimento individualizado, que reconheça a singularidade de cada mulher, identificando riscos e vulnerabilidades.

Essa abordagem permite organizar o atendimento para atender demandas específicas e entender as necessidades de cada uma (Martins et al., 2016). Do mesmo modo, Adames et al. (2018) ressaltam que o acolhimento possibilita à mulher uma nova perspectiva sobre si mesma, mudando o foco da violência para diversos aspectos de sua vida.

Na mesma perspectiva, a escuta sensível às violências e o respeito à escolha individual da mulher foram bastante apontados nas respostas dos(as) participantes (17 respostas na categoria), pois proporcionam um lugar seguro para que essa mulher consiga trabalhar as situações vividas, sem julgamentos, questionamentos ou pressões para que tome uma decisão imediata, buscando auxiliá-la na busca de novos significados para as violências sofridas (Vasconcelos, 2017).

Do mesmo modo, o fortalecimento apareceu como um elemento importante nas respostas sobre as técnicas (12 respostas na categoria), em como o(a) psicólogo(a) pode contribuir (26 respostas na categoria) e em como pode ressignificar essas violências (38 respostas na categoria). Esse fortalecimento pode ser realizado de diversas maneiras, como resgatando a autonomia e a autoestima, orientando sobre direitos, reconhecendo a violência e contribuindo na superação da condição de vítima (Hanada et al., 2010). Além disso, Carneiro et al. (2021) enfatizam a importância de fortalecer redes formais e informais para que essas mulheres consigam romper o ciclo da violência. Da mesma forma, a autopercepção (3 respostas na categoria das técnicas) faz com que a mulher entenda e perceba a situação na qual está inserida e, a partir daí, comece o processo de quebra desse ciclo e ressignificação dessas violências.

Contudo, foi apontado como um desafio os sentimentos do(a) psicólogo(a) (3 respostas na categoria) em lidar com a própria frustração e respeitar a decisão da mulher frente a uma escolha referente à situação de violência. Por isso, é importante reconhecer e trabalhar os sentimentos do(a) psicólogo(a) em relação ao atendimento de mulheres em situação de violência, para uma melhor qualidade do atendimento. Portanto, é recomendado que os(as) psicólogos(as) façam supervisão com

outros profissionais para uma melhor compreensão dos casos. É importante investir na construção de novas práticas que tenham flexibilidade e fundamentação (CREPOP, 2013).

Em concordância, os (as) participantes apontaram que o estudo constantemente e o embasamento na ciência apareceram como respostas em 3 das 4 perguntas abertas [técnicas (8), contribuições (5) e ressignificações (5)]. A psicologia é uma profissão que está em constante evolução; portanto, é importante que o profissional continue se atualizando para um atendimento mais eficaz. Afinal de contas, um dos princípios do código de ética é que “o psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005, p. 7).

A conduta ética também surgiu na categoria de contribuições para a diminuição das violências (5 respostas), sendo apontada como fundamental para que o(a) psicólogo(a) consiga fazer um atendimento eficaz, garantindo a confidencialidade, a ausência de julgamentos e uma escuta sensível, além de fornecer informações e capacitar-se sempre, novamente respaldada no Código de Ética Profissional do(a) Psicólogo(a) (CFP, 2005).

Ademais, os(as) participantes trouxeram a utilização da psicoeducação como resposta à contribuição da psicoterapia (6 respostas na categoria) e ressignificação das violências (5 respostas na categoria), pois esta tem como objetivo trabalhar a conscientização sobre a violência. Deste modo, ela pode ser utilizada para trabalhar a autonomia, reconhecer sinais de relacionamentos abusivos, criar estratégias para lidar com as marcas do abuso e trabalhar os sentimentos de culpa e de vergonha da mulher em relação às violências sofridas. Isso a fortalece para que consiga compreender os recursos que estão disponíveis, como funciona o ciclo da violência e as redes de apoio, além de se autoconhecer e evitar a revitimização (Petersen et al., 2019).

Foi apontada a utilização de técnicas baseadas em abordagens como Psicodrama (10), TCC (9) e Psicanálise (1), que contribuem de maneiras diversificadas para a ressignificação dessas violências,

possibilitando que cada profissional possa adaptar suas intervenções conforme a situação. Para o CREPOP (2013), o(a) psicólogo(a) deverá se basear em referências técnicas e metodologias que tenham validação científica, para que se tenha um atendimento ético e de qualidade nos serviços prestados.

Um achado muito importante nessa pesquisa é que a maioria dos profissionais entrevistados percebeu a necessidade de fazer encaminhamentos para serviços especializados (57 respostas) para que essas mulheres recebam o suporte necessário. Contudo, a literatura aponta que é importante fazer o encaminhamento adequado e com estratégias de prevenção, utilizando um trabalho multidisciplinar, além de conhecer o funcionamento dos serviços especializados, assim, contribuindo para a eficiência dos encaminhamentos (Gomes et al., 2015; Lettiere & Nakano, 2015).

A Psiquiatria (43 respostas) surgiu como a área para a qual mais se encaminha, mostrando que ainda existe um processo de “medicalização” da vítima, tratando-a de forma individualizada e deixando de lado os fatores sociais. Os fenômenos sociais estão sendo reduzidos a sintomas do corpo, deixando de lado aspectos importantes, como a dimensão sociocultural, que também gera sofrimento e adoecimento, trabalhando de forma individualizada e fragmentando os serviços (D’Oliveira et al., 2020).

As redes de apoio foram citadas em todas as quatro perguntas: técnicas (3 respostas na categoria), desafios (6 respostas na categoria), contribuições (15 respostas na categoria) e ressignificações (9 respostas na categoria). Isso mostra que, ao mesmo tempo que elas podem ser uma contribuição, também são um desafio, evidenciando sua relevância para que a mulher conheça as redes formais de serviços especializados e fortaleça as informais. De acordo com Dutra et al. (2013), uma rede de apoio enfraquecida impede que a mulher consiga se libertar, pois ela sente que não é amada e acaba se isolando, o que dificulta sua saída dessa situação. Além disso, a vergonha, a falta de conhecimento sobre seus direitos e a tentativa de resolver o problema somente no seio familiar fazem com que a mulher se mantenha afastada das redes formais. Quanto mais consolidada estiver a rede informal,

mais favorecida estará a possibilidade de a mulher procurar ajuda nas redes formais, cujo acesso é um direito garantido na Lei Maria da Penha (Silva et al., 2012).

Ainda, foi percebido que a naturalização da violência e o reconhecimento das crenças e padrões de violência entram como desafios (13 respostas na categoria) para os (as) psicólogos (as), pois geralmente é observado um padrão dentro da família, no qual vão se perpetuando essas crenças e valores que foram internalizados, fazendo com que seja necessário trabalhá-los para contribuir para a ressignificação dessas violências. As vivências ao longo do ciclo de vida familiar podem influenciar no comportamento, sendo funcionais ou não. Os membros dessa família podem repetir essas violências, estabelecendo relações semelhantes, pois essa configuração está internalizada no indivíduo. A naturalização da violência faz com que a mulher não perceba que está em um ciclo de violência; por isso, é importante trabalhar a categorização e a visualização do ciclo da violência, mostrando à mulher como este funciona e as suas fases (Sant’Anna & Penso, 2017).

Outro ponto que compõe o ciclo da violência é a dependência financeira e a emocional (5 respostas na categoria desafios), as quais dificultam a saída da mulher, pois muitas vezes ela não tem recursos e é constantemente manipulada. Para Peinado e Petean (2019), a dependência financeira é um dos motivos que dificultam a saída da mulher da situação de violência; por possuírem renda inferior ou nenhuma renda, elas não conseguem romper esse vínculo por falta de perspectiva no mercado de trabalho. A situação torna-se ainda mais desafiadora quando há filhos envolvidos e a mulher não dispõe de renda suficiente para sustentá-los. Segundo Gomes et al. (2015), estudos feitos com mulheres em situação de violência mostraram a importância de políticas voltadas à geração de renda e acesso à moradia, que atendam e priorizem as necessidades das mulheres. Além disso, a dependência emocional faz com que as mulheres dependem da aceitação e do reconhecimento do outro, pois não acreditam no seu valor. Isso faz com que muitas vezes elas aceitem determinadas situações por medo de serem abandonadas (Schmitt, 2016).

Como auxílio para romper com essa dependência, os(as) participantes apontaram a reparação psicológica (7 respostas na categoria), pois esta auxilia na restauração da saúde mental, na superação de traumas e na reconstrução da autoestima e da autonomia, auxiliando na ressignificação das violências sofridas. Isso ocorre porque algumas alterações psíquicas podem surgir na mulher após as experiências traumáticas, como estresse pós-traumático, quadros de depressão, ansiedade, isolamento e baixa autoestima (Medeiros, 2010).

Apontaram também o trabalho com grupos de mulheres em situação de violência, pois este permite o compartilhamento das experiências com outras pessoas, fazendo com que percebam que não estão sozinhas. Desse modo, promove-se o acolhimento e o apoio entre elas, fortalecendo a autoestima. O grupo oferece um espaço para trabalhar o empoderamento, reavaliar comportamentos e relações e fortalecer as redes de apoio (Meneghel et al., 2003).

Trabalhar a prevenção como resposta às contribuições para diminuição das violências (7 respostas na categoria) é a melhor opção para que se consigam disseminar as informações sobre o que é violência contra a mulher, seus direitos e como reconhecer os padrões. Para isso, é fundamental inserir essa temática nas escolas, implementar políticas públicas, promover campanhas educativas e disseminar informações sobre a Lei Maria da Penha (Universidade Federal do Pampa [UNIPAMPA], 2022).

Considerações Finais

Nesta pesquisa tivemos como objetivo compreender as percepções dos(as) psicólogos(as) que atuam na clínica sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. Foi percebido que, apesar do alto índice de mulheres que já foram vítimas de violência, muitas delas não chegam à psicoterapia. Podem-se considerar como obstáculos o alto custo e o manejo inadequado, o que resulta em uma dificuldade na criação de vínculos. O acolhimento é uma das principais técnicas utilizadas, oferecendo uma escuta sensível, um ambiente seguro e respeitando a escolha individual da mulher. O que

também pode ser um desafio para o(a) psicólogo(a), lidar com a própria frustração frente a uma escolha diferente da que era esperada. Por isso, é recomendado que este trabalhe os seus sentimentos e aprenda a lidar com suas próprias frustrações.

Estudar constantemente e utilizar técnicas baseadas na ciência são atitudes essenciais, pois o atendimento a mulheres em situação de violência está em constante evolução. Além disso, é de extrema importância aprofundar-se nas causas e nos aspectos sociais e culturais, entre outros. O fortalecimento das mulheres em situação de violência por meio da psicoeducação e do trabalho em grupo é uma contribuição importante na ressignificação dessas violências. Assim como a identificação da violência e de seu ciclo, o reconhecimento dos padrões também foi apontado como contribuição do papel do(a) psicólogo(a).

Grande parte dos entrevistados faz encaminhamentos para as redes de apoio formais, com destaque para a Psiquiatria, que foi a mais citada. Isso mostra que ainda há uma redução apenas aos sintomas físicos, deixando de lado outros fatores importantes, como o sociocultural. A naturalização da violência ainda está muito enraizada na sociedade, pois é um padrão que vai sendo passado de geração em geração e, muitas vezes, é considerada algo normal, fazendo com que muitas mulheres não percebam que estão em um relacionamento abusivo.

A dependência financeira e emocional também contribui para que essas mulheres não consigam sair da situação em que estão inseridas, pois muitas vezes estão em situações de vulnerabilidade social e dependentes emocionalmente. As experiências traumáticas contribuem para que a mulher tenha sua saúde mental comprometida, sendo necessária a restauração dela por meio da reconstrução da autoestima e da ressignificação das violências.

Por fim, o atendimento a mulheres em situação de violência deve sempre estar embasado na ética e na ciência, utilizando-se técnicas que auxiliem nesse atendimento, com um ambiente acolhedor, com uma escuta sensível às violências e sem julgamentos. Trabalhar a prevenção é a melhor maneira para a diminuição da violência contra a mulher.

Essa pesquisa teve como limitação a amostra reduzida, o que pode restringir a generalização dos resultados para diferentes contextos e realidades. Além disso, a ausência de uma abordagem longitudinal impediu a análise de efeitos a longo prazo das intervenções terapêuticas. Sugestões para futuras pesquisas incluem a ampliação da amostra, a realização de estudos longitudinais e a análise de diferentes contextos socioculturais, a fim de enriquecer os achados e contribuir para práticas mais abrangentes e efetivas.

Referências

- Adames, B., Bonfíglio, S. U., & Becker, A. P. S. (2018). Acolhimento psicológico para mulheres vítimas de violência conjugal. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(2), 1-12. https://seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/2980/1915
- Audi, C. A. F., Corrêa, A. M. S., Turato, E. R., Santiago, S. M., Andrade, M. D. G. G., & Rodrigues, M. S. P. (2009). Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas, São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 587-594. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14n2/587-594/pt>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Biella, J. L. (2005). *Mulheres em situação de violência: Políticas Públicas. Processo de Empoderamento e a intervenção do Assistente Social* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional da UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/118557/286678.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Brandt, T. G., Introvini, E. T., & Rovere, L. V. V. (2023). A psicologia e o enfrentamento à violência contra a mulher. *Anais do Salão de Iniciação Científica e Tecnológica*. CESCAGE. <https://www.phantomstudio.com.br/index.php/sic/article/view/2852>
- Buonicore, A. C. (2009). As mulheres e os direitos políticos no Brasil. In D. N. Nazário (Org.), *Voto feminino & feminismo* (pp. —). Imprensa Oficial do Estado de São Paulo. http://www.nupemarx.ufpr.br/Trabalhos/Externos/BUONICORE_Augusto_-_As_mulheres_e_os_direitos_politicos_no_Brasil.pdf
- Camargos, D. O., Amaral, M. H., & Pacheco, I. C. (2023). A importância da atuação do psicólogo nos casos envolvendo violência doméstica e familiar contra. *Revista Multidisciplinar Do Nordeste Mineiro*, 2(1). Recuperado em 20 de abril de 2024 de <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/815>

- Carneiro, J. B., Gomes, N. P., Almeida, L. C. G. D., Campos, L. M., Magalhães, J. R. F., Lírio, J. G. D. S., ... & Costa, D. S. G. D. (2021). Revelando desfechos do cuidado com a mulher em situação de violência conjugal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE001555. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001555>
- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (2013). *Documento de referência para atuação do psicólogo em programas de atenção à mulher em situação de violência*. Conselho Federal de Psicologia. <https://crepop.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/34/2022/10/006-Crepop-Referencias-tecnicas-para-atuacao-em-programas-de-atencao-a-mulher-em-situacao-de-violencia.pdf>
- Cisne, M. (2015). Direitos humanos e violência contra as mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. *Serviço Social em Revista*, 18(1), 138-154. DOI: 10.5433/1679-4842.2015v18n1p138
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Curia, B. G., Gonçalves, V. D., Zamora, J. C., Ruoso, A., Ligório, I. S., & Habigzang, L. (2020). Produções Científicas Brasileiras em Psicologia sobre Violência contra Mulher por Parceiro Íntimo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-19. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189184>
- Delziovo, C. R., Taquette, S. R., de Carvalho, M. G. O., Coelho, E. B. S., de Oliveira, C. S., Warmling, D., & Bolsoni, C. C. (2022). *Guia para o manejo de situações de violência doméstica contra a mulher na APS*. Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado em 15 de novembro de 2024 de https://unasus.ufsc.br/saudedamulher/files/2022/02/CARTILHA_ViolenciaMulheres_V2-1.pdf
- D'Oliveira, A. F. P. L., Pereira, S., Schraiber, L. B., Graglia, C. G. V., Aguiar, J. M. D., Sousa, P. C. D., & Bonin, R. G. (2020). Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190164. <https://doi.org/10.1590/Interface.190164>
- D'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2013). Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Revista De Medicina*, 92(2), 134-140. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i2p134-140>
- Dutra, M. D. L., Prates, P. L., Nakamura, E., & Villela, W. V. (2013). A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 1293-1304. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n5/1293-1304.pdf>
- Falcke, D., & Wagner, A. (2014). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: definição de conceitos. In A. Wagner (Org.), *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares* (pp. 25-46). EDIPUCRS.
- Figuerêdo, R. B. D., & Cruz, F. M. L. (2017). Psicologia: profissão feminina? A visão dos estudantes de Psicologia. *Revista Estudos Feministas*, 25, 803-828. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n2p803>
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. (3a ed.). Editora Artmed.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). *Visível e invisível: A vitimização de mulheres no Brasil* (4a ed.). Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Recuperado em 03 de outubro de 2024 de <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/224>
- Fraga, C. K. (2012). A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: Da violência denunciada à violência silenciada. *Serv. Soc. Soc*, 110, 369-397. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100007>
- Frederico, A. C. de M., & Gomes, H. A. (2021). Formação em psicologia, intersetorialidade e rede de enfrentamento à violência contra a mulher. *Monumenta - Revista De Estudos Interdisciplinares*, 1(2), 242-268. Recuperado em 20 de abril de 2024 de <https://monumenta.emnuvens.com.br/monumenta/article/view/33>

- Freitas, C. G., & da Silva, R. B. (2019). A violência contra mulher e a psicologia diante dessa realidade na perspectiva da atenção básica. *Revista Mosaico*, 10(1). <https://doi.org/10.21727/rm.v10i1.1778>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6a ed). Atlas.
- Gomes, N. P., Erdmann, A. L., Stulp, K. P., Diniz, N. M. F., Correia, C. M., & Andrade, S. R. D. (2014). Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. *Psicologia USP*, 25, 63-69. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642014000100007>
- Gomes, N. P., Erdmann, A. L., Mota, L. L., Carneiro, J. B., de Andrade, S. R., & Koerich, C. (2015). Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal. *O Mundo da Saúde*, 37(4), 377-384. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/encaminhamentos_mulher_situacao_violencia_conjugal.pdf
- Grossi, P. K., Tavares, F. A., & de Oliveira, S. B. (2008). A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. *Athenea digital*, 14, 267-280. https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8144/2/A_Rede_de_Protecao_a_Mulher_em_Situacao_de_Violencia_Domestica_avancos_e_desafios.pdf
- Hanada, H. (2008). *Os psicólogos e a assistência a mulheres em situação de violência*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062008_103651/publico/HeloisaHanada.pdf
- Hanada, H., D'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2010). Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Revista Estudos Feministas*, 18, 33-60. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2010000100003>
- Lettiere, A., & Nakano, A. M. S. (2015). Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(4), 32977-32977. <https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.32977>
- Martins, L. D. C. A., Silva, E. B. D., Costa, M. C. D., Colomé, I. C. D. S., Fontana, D. G. R., & Jahn, A. D. C. (2016). Violência contra mulher: acolhimento na estratégia saúde da família. *Ciênc. cuid. saúde*, 507-514. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i3.31422>
- Medeiros, M. N. (2010). *Violência conjugal: repercussões na saúde mental de mulheres e de suas filhas e seus filhos adultos/os jovens*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. https://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/14080/1/2010_MarcelaNovaisMedeiros.pdf
- Meneghel, S. N., Barbiani, R., Steffen, H., Wunder, A. P., Roza, M. D., Rotermund, J., & Korndorfer, C. (2003). Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), 955-963. Recuperado em 17 de novembro de 2024 de <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n4/16845.pdf>
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Moraes, M. H. (2022). *Reflexões sobre a escuta psicológica no atendimento de mulheres vítimas de violência* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade de Santa Cruz do Sul]. Recuperado em 22 de novembro de 2025 de <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/3393>
- Oliveira, G. R. D. S. A. (2010). A aplicação da teoria do psicodrama na prática com mulheres em situação de violência conjugal: uma reflexão teórica. *REVISE-Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde*, 1, 1-10. <https://periodicos.ufrb.edu.br/index.php/revise/article/view/1644>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial de Violência e Saúde*.
- Paula, P. L.; Riva, L. C. (2018). Evolução histórica dos direitos das mulheres no direito de família brasileiro. *Revista Jus Navigandi*, 23(5546). <https://jus.com.br/artigos/62448>

- Peinado, M. F. R. L., & Petean, F. A. (2019). *Violência doméstica face a dependência financeira da vítima*. [Apresentação de Trabalho]. XV Jornada de Iniciação Científica e IX Mostra de Iniciação Tecnológica, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, São Paulo. <http://eventoscopq.mackenzie.br/index.php/jornada/xvjornada/paper/viewPaper/1354>
- Petersen, M. G. F., Zamora, J. C., Fermann, I. L., Crestani, P. L., & Habigzang, L. F. (2019). Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. *Psicologia Clínica*, 31(1), 145-165. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v31n1/08.pdf>
- Pontes, L. B., Dionísio, M. B. R., Bertho, M. A. C., Grama, V. D., & D'Afonseca, 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>
- Rodrigues, Z, M. S. P. (2009). Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas, São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 587-594. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14n2/587-594/pt>
- Sant'Anna, T. C. & Penso, M. A. (2017). A Transmissão Geracional da Violência na Relação Conjugal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33, 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e33427>
- Santos, E. R., Costa, B. R. V., Mata, D. K. A., Cunha, A. C., Amorim, A. S., Silva, E. U. M., Gonçalves, R. E., & Fernandes, K. C. (2023, 9 de dezembro). Violência contra a mulher: atuação do psicólogo. *Revista FT*, 27(129). <https://doi.org/10.5281/zenodo.10324110>
- Schmitt, N. G. (2016). *A influência da cultura patriarcal na produção de violências e na construção das desigualdades entre homens e mulheres: um olhar dos profissionais que atuam na rede de proteção social no município de Araranguá/SC*. [Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação, Universidade do Sul de Santa Catarina-UNISUL]. Ensino Superior SED SC. <http://www.ensinosuperior.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Artigo-Nayara.pdf>
- Schraiber, L. B., & D'Oliveira, A. F. P. (2008). Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athenea Digital*, (14), 229-236. <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/120295>
- Silva, R. D. A., Araújo, T. V. B. D., Valongueiro, S., & Ludermir, A. B. (2012). Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. *Revista de saúde pública*, 46, 1014-1022. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013005000007>
- Silva, R. F. B. D. (2017). *A ineficácia das medidas protetivas à mulher em situação de violência doméstica*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará]. Repositório Institucional UNIFESSPA. <http://repositorio.unifesspa.edu.br/handle/123456789/908>
- Silva, H. C. S., Ataíde, M. F. B., & Moreira, T. D. S. (2020). Atenção psicológica à mulher em situação de violência doméstica no Brasil: uma revisão integrativa. *Textura*, 14(2), 95-102. https://doi.org/10.22479/texturav14n2p95_102
- Souza, M. B. & Silva, M. F. S. D. (2019). Estratégias de enfrentamento de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão da literatura brasileira. *Pensando famílias*, 23(1), 153-166. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-494X2019000100012&script=sci_arttext
- Universidade Federal do Pampa. (2022). *Cartilha de enfrentamento à violência contra a mulher*. UNIPAMPA. Recuperado em 05 de novembro de 2024 de <https://sites.unipampa.edu.br/progepe/files/2022/11/cartilha-violencia-mulher.pdf>
- Vasconcelos, C. M. (2017). *Violência contra a mulher: Uma revisão integrativa sobre os fazeres da psicologia* [Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, Universidade Federal do Ceará]. <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/42460>

- Viana, D. M. (2020). Atendimento Psicológico Online no Contexto da Pandemia de Covid-19. *Cadernos ESP*, 14(1), 74-79.
<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/399/215>
- Zanão, T. G. L. de S. (2024). Direitos das mulheres sob o aspecto da dignidade da pessoa humana. *Jus.com.br*. Recuperado em 21 de novembro de 2025 de jus.com.br/artigos/108137

Grupo de Exercício Físico do CAPS AD em espaços públicos: experiências e percepções dos usuários

Juliane de Pinho Silva¹ , Bianca Vian²  e Maria Eduarda Foncharte Ranzzi de Oliveira³ 

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo, RS, Brasil
Atitus Educação, Passo Fundo, RS, Brasil
Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), Passo Fundo, RS, Brasil

Resumo: O estudo teve como objetivo compreender as percepções e experiências de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD) que participam de atividades de exercício físico em espaços públicos, buscando identificar os impactos dessas práticas em seu bem-estar físico, mental e social. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e de abordagem qualitativa, realizada entre os meses de setembro e novembro de 2024. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com cinco usuários do serviço, que foram discutidas a partir de estudiosos da temática, resultando em quatro eixos temáticos: “Eu gosto de vir por causa do grupo que vai ter amanhã e por causa do teu”, “Depois que eu faço, me sinto bem por estar me tratando”, “Já que temos o direito de fazer atividade física na praça, então é bom pra gente usufruir” e “Todo mundo tá vendo que a gente tá ali pra fazer um bem comum, né”. A discussão destes eixos evidencia que a atividade física, quando realizada em grupo, em espaços públicos, e com o acompanhamento profissional, contribui não apenas para a melhora da saúde física, mas também para o fortalecimento do vínculo entre os usuários, a ampliação da ocupação dos espaços públicos e a promoção do cuidado integral. Conclui-se que o incentivo à prática de exercícios e à inserção do profissional de educação física nos serviços do CAPS AD constitui uma importante estratégia de promoção da saúde e inclusão social.

Palavras-chave: centro de atenção psicossocial, dependência de substâncias, atividade física, saúde mental

CAPS AD Physical Exercise Group in public spaces: users’ experiences and perceptions

Abstract: The study aimed to understand the perceptions and experiences of users of a CAPS AD who participate in physical exercise activities in public spaces, seeking to identify the impacts of these practices on their physical, mental, and social well-being. This is a cross-sectional, descriptive, qualitative study conducted between September and November 2024. Data collection was performed through semi-structured interviews with five users of the service, which were discussed with scholars of the subject, resulting in four thematic axes: “I like coming because of the group that will be there tomorrow and because of yours,” “After I do it, I feel good about taking care of myself,” “Since we have the right to exercise in the park, it’s good for us to enjoy it,” and “Everyone can see that we’re there for the common good, right?” The discussion of these themes shows that physical activity, when performed in groups, in public spaces, and with professional supervision, contributes not only to improving physical health, but also to strengthening the bond between users, expanding the use of public spaces, and promoting comprehensive

¹ Profissional de educação física especialista em Saúde Mental. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: julianepinhoedf@gmail.com

² Enfermeira especialista em Formação Pedagógica para a Educação Profissional e mestre em envelhecimento humano. Hospital de Clínicas de Passo Fundo. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: biancavian14@gmail.com

³ Psicóloga especialista em Saúde Mental. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: dudaranzzi@gmail.com

Submetido em: 29-01-2025. Primeira decisão editorial: 14-05-2025. Aceito em: 11-11-2025.

care. It can be concluded that encouraging exercise and the inclusion of physical education professionals in CAPS AD services is an important strategy for promoting health and social inclusion.

Keywords: mental health services, substance-related disorders, exercise, mental health

Introdução

A Reforma Psiquiátrica surgiu a partir de movimentos sociais organizados por grupos que defendiam a desinstitucionalização da loucura e o fim do modelo de “tratamento” centrado nos manicômios, vigente até meados da década de 1970. Foi a partir desse movimento, consolidado na década de 1980, que se começou a construir caminhos voltados para a criação de serviços com uma perspectiva antimanicomial (Amarante & Nunes, 2018).

Na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, foi instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que organiza a criação, a ampliação e a articulação de dispositivos para o atendimento em saúde mental, incluindo pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, de álcool e de outras drogas. Entre os dispositivos que compõem a RAPS, estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), existentes nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), CAPS AD II, CAPS AD III e CAPS infantil (CAPS i).

Os CAPS surgem como alternativa ao modelo manicomial, denunciando condições precárias de assistência em hospitais psiquiátricos que existiam no Brasil e que eram a única alternativa de cuidado em saúde mental. O CAPS prioriza o cuidado ambulatorial clínico de reabilitação psicossocial no território, onde se busca favorecer a desinstitucionalização e evitar a internação de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (Ministério da Saúde, 2004).

Na saúde mental, apropria-se do termo “território” para, justamente, estabelecer uma contraposição ao modelo hospitalocêntrico de cuidado. Assim, utiliza-se o termo para caracterizar cenários do cotidiano do usuário, considerando aspectos culturais, sociais e ambientais, pontuando também serviços assistenciais extra-hospitalares

como o CAPS, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Convivência (Furtado et al., 2016).

O CAPS AD, estando presente dentro deste território, vem com a proposta de atender pessoas de qualquer idade que realizam uso prejudicial de álcool ou outras drogas a partir de um planejamento terapêutico articulado de acordo com as necessidades e individualidade do usuário que frequenta o serviço. O uso abusivo de álcool e outras drogas é uma problemática de saúde atravessada por questões multifatoriais e complexas, reforçando a importância deste serviço especializado dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dentre as abordagens do CAPS AD estão as medicamentosas, as psicoterapêuticas, as visitas domiciliares, além de atendimentos em grupos e oficinas terapêuticas, viabilizando o acesso ao acompanhamento multiprofissional e integral (Ministério da Saúde, 2017; Portaria nº 3.088, 2011).

Grupos terapêuticos estão entre as principais estratégias de vínculo entre o CAPS e seus usuários. São desenvolvidos a partir de uma proposta de acolhimento que se inicia no primeiro contato com o serviço e que acompanha o indivíduo durante todo o seu processo de tratamento. Os grupos facilitam a construção de responsabilização do cuidado e autonomia do indivíduo em seu tratamento, além de constituírem um importante meio de redução de danos e reintegração social (Jorge et al., 2011).

Alves et al. (2024) discorrem, na pesquisa “Reinventando a roda: Capoeira como dispositivo de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas”, que o incentivo ao exercício físico, dentro da perspectiva de um grupo de CAPS AD II, valoriza os espaços de encontro e trocas, promovendo ganhos coletivos, em saúde, sociais, culturais e de pertencimento. Entende-se que a realização do grupo no território é um fator que favorece a continuidade do acompanhamento dos usuários; nesses grupos, fortalece-se o vínculo por meio da convivência e da escuta coletiva, promovendo a corresponsabilização do cuidado e a adesão ao tratamento. Dentre as propostas de grupos fundamentais nos serviços de saúde mental, estão aqueles que incentivam e promovem alternativas que visam à prática de atividade física e aos seus benefícios (Nunes et al., 2022; Alves et al., 2024).

Nessa perspectiva, o Programa Academia da Saúde (PAS) foi lançado em 2011 pelo governo federal, tendo como objetivo desenvolver práticas corporais e atividade física, passando por educação em saúde, cuidado e modos de vida saudáveis, dentre outras propostas. Foram implementados polos com infraestrutura adequada para a realização das práticas, de forma pública, gratuita e de fácil acesso à população. Nesses espaços encontram-se profissionais qualificados para a orientação das atividades, dentre eles o profissional de educação física (PEF); este profissional está presente em equipes multiprofissionais e tem como uma das principais áreas de atuação, no contexto do SUS, a atenção primária (Portaria de Consolidação nº5, 2017; Bandeira et al., 2022).

Com esses polos presentes no território e mais próximos do usuário, os próprios dispositivos de saúde podem incentivar o uso e a apropriação desses espaços. Entende-se que a prática de atividade física em espaços públicos é melhor viabilizada quando tais espaços estão bem localizados, acessíveis e com infraestrutura adequada às práticas, promovendo maior adesão e possibilidade de níveis mínimos de atividade física diária, que geram ganhos em prevenção e proteção da saúde (Hino et al., 2019; Manta et al., 2018; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). Para além disso, Alves, Silva e Liberman (2024) evidenciam que atividades físicas realizadas em grupos podem proporcionar não apenas benefícios físicos, mas também ganhos sociais e emocionais, promovendo a reintegração social e o fortalecimento de vínculos comunitários.

Diante da relevância do exercício físico como parte do cuidado integral oferecido pelos CAPS AD, especialmente quando realizado em espaços públicos, torna-se importante investigar como essas práticas podem influenciar o bem-estar físico, mental e social dos usuários. Assim, compreender como eles vivenciam essas experiências pode fornecer *insights* para o aprimoramento das estratégias terapêuticas. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é compreender as percepções e experiências dos usuários de um CAPS AD que participam de atividades de exercício físico em espaços públicos, buscando, especificamente, identificar os impactos

dessas práticas em seu bem-estar.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa, realizado entre setembro de 2024 a novembro de 2024. Os autores destacam que a pesquisa qualitativa demanda uma metodologia, como a entrevista semiestruturada, que se constitui como importante fonte de evidências e possibilita maior interação entre o pesquisador e o entrevistado (Silva & Russo, 2019). Os resultados aqui apresentados são um recorte do projeto integrado “Programas de Residência multiprofissionais como geradores de inovação e serviços baseados em evidência para os usuários do Sistema Único de Saúde - SUS”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, sob o Parecer 4.596.791.

A amostra foi composta por cinco usuários de um serviço de atenção psicossocial especializada, denominado Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD), em um município no norte do estado do Rio Grande do Sul. Os participantes, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, haviam participado de pelo menos três encontros do grupo de exercício físico. Foram considerados como critérios de exclusão usuários com quadro de agressividade ou surto psicótico no período da coleta dos dados, por apresentarem comprometimento na capacidade de responder ao instrumento de forma clara, consciente e voluntária.

Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado composto por 13 questões: seis perguntas fechadas para caracterização da amostra, contemplando dados sociodemográficos, e sete perguntas norteadoras para determinar a percepção de benefícios físicos e emocionais, a avaliação da qualidade e da segurança dos espaços públicos, as preferências de modalidades de exercício e o impacto da participação no CAPS AD na prática de atividade física, no bem-estar emocional e no vínculo com o serviço.

A seleção dos participantes foi realizada de forma não probabilística, por conveniência, com o apoio dos profissionais que atuam nos serviços

envolvidos. Os usuários que aceitaram participar do estudo foram entrevistados no próprio serviço, durante suas rotinas de atendimento, ou por meio de agendamento prévio, garantindo que as entrevistas ocorressem em um ambiente privado. O entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar da pesquisa. Foi solicitada autorização para gravar as entrevistas, assegurando o respeito às histórias e às informações compartilhadas, bem como o anonimato dos dados sensíveis. As gravações foram excluídas após a análise dos dados. Para garantir o sigilo e preservar a identidade dos entrevistados, cada participante foi identificado pela letra “U”, seguida de um número, a fim de diferenciá-los.

Neste estudo, foram avaliadas as variáveis sociodemográficas: gênero, idade, nível de escolaridade, ocupação atual, tempo que frequenta o CAPS AD e prática prévia de exercícios físicos, a partir da descrição das respostas fornecidas pelos participantes. Essas informações foram analisadas de forma descritiva, possibilitando a caracterização do perfil dos participantes. O questionário elaborado com intuito de guiar as entrevistas e abranger a singularidade de cada usuário possibilitou aos entrevistados discorrerem sobre o tema proposto por meio de um conjunto de questões norteadoras previamente definidas, sendo elas: 1) Como você descreveria sua experiência ao praticar exercícios físicos em espaços públicos? 2) Você percebe benefícios físicos ao realizar exercícios? Se sim, quais? 3) De que maneira você avalia a qualidade e a segurança dos espaços públicos onde você realiza suas atividades físicas? 4) Quais modalidades ou tipos de exercícios físicos você prefere realizar em espaços públicos? 5) De que forma a sua participação no CAPS AD influencia sua prática de exercícios físicos? 6) Você notou alguma mudança no seu bem estar emocional ou mental após inserção no grupo de exercícios físicos? Se sim, quais foram essas mudanças? 7) Como a participação em grupo de exercício físico do CAPS AD influencia seu vínculo com o serviço?

A análise temática dos dados deu-se em três etapas: na pré-análise, realizaram-se a transcrição literal das entrevistas e a elaboração das unidades de registro; na fase de exploração do material, os dados foram codificados e agrupados por semelhanças e diferenças, gerando categorias e subcategorias; e, na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, selecionaram-se as falas mais significativas, que foram discutidas a partir de estudiosos da temática, emergindo uma categoria (Sousa & Santos, 2020).

Resultados e Discussão

O grupo de exercícios físicos ocorre semanalmente em espaços públicos próximos ao CAPS AD, sob coordenação de um profissional de educação física, com duração média de 50 minutos. A participação no grupo ocorre mediante indicação de Projeto Terapêutico Singular do usuário. As atividades são adaptadas conforme as condições físicas e o interesse dos participantes, priorizando exercícios de alongamento, força, caminhada, práticas esportivas e atividades lúdicas voltadas à socialização e à promoção do bem-estar.

Os dados apresentados neste estudo referem-se a uma pesquisa realizada com cinco usuários do CAPS AD que participam do grupo de Exercício Físico. A Tabela 1 apresenta características psicossociais dos participantes, incluindo identidade de gênero, idade, nível de escolaridade, situação ocupacional e tempo de vinculação com o serviço, permitindo uma análise mais detalhada do perfil dos usuários e de sua relação com o CAPS AD.

Tabela 1

Caracterização da amostra

Usuário	Gênero	Idade	Escolaridade	Situação Ocupacional	Tempo de Vinculação com o CAPS
U1	Masculino	19	Ensino médio incompleto	Empregado	6 meses a 1 ano
U2	Masculino	69	Ensino fundamental completo	Aposentado	2 anos
U3	Masculino	46	Ensino fundamental completo	Aposentado	2 anos
U4	Masculino	36	Ensino superior incompleto	Emprego informal	6 meses a 1 ano
U5	Feminino	41	Ensino médio completo	Empregada(afastada)	1 a 2 anos

A Tabela 1 apresenta a caracterização descritiva da amostra, sem intenção de inferência estatística, considerando o número reduzido de participantes. Destacando-se, assim, um grupo com diversidade em idade, escolaridade e situação ocupacional, refletindo perfis variados de acompanhamento no CAPS AD.

O grupo é majoritariamente masculino, com quatro usuários do sexo masculino (U1, U2, U3 e U4) e uma usuária do sexo feminino (U5). Esse dado vai ao encontro de estudos que apontam a maior prevalência de usuários homens em diferentes modalidades de CAPS AD, o que pode estar associado à maior resistência em acessar serviços de atenção primária, atentando-se aos cuidados com a saúde quando já estão em condições físicas e/ou mentais mais agravadas (Santana et al., 2020; Portaria de consolidação nº 5, 2021). O CAPS aparece como o local de acesso direto em caso de agravamento da condição de saúde mental, não excluindo a necessidade de vinculação do usuário com a atenção primária, o que favorece um olhar integral diante das possíveis demandas de saúde do indivíduo, além de fomentar este acesso como um direito que não se resume ao cuidado em centros especializados (Vieira, et al. 2024).

Neste estudo, a faixa etária dos usuários do CAPS AD varia entre 19 e 69 anos, refletindo uma ampla diversidade que abrange desde jovens, como U1, de 19 anos, até idosos, como U2, de 69 anos. O estudo realizado por Machado et al. (2021) analisou 15 prontuários de usuários cadastrados em um CAPS AD de Araguari (MG) e, por meio da pesquisa, indicou a prevalência do sexo masculino (74,3%) em relação ao feminino (26,6%), apresentando também grande variação de idade, com média de 39 anos. Esse estudo enfatiza a diversidade etária entre os usuários do CAPS AD, o que destaca a importância de estratégias de cuidado em saúde mental que sejam adaptadas às diferentes faixas etárias e às necessidades específicas de cada grupo.

No que se refere à escolaridade, observa-se que os níveis educacionais são variados: dois usuários possuem ensino fundamental completo (U2 e U3), enquanto outros têm ensino médio incompleto (U1), médio completo (U5) e superior incompleto (U4).

Observa-se a baixa escolaridade como característica da amostra, o que também vai ao encontro dos dados do LNUD, segundo os quais aproximadamente 52% dos usuários abordados tinham ensino médio incompleto (Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2018). O consumo de substâncias nos anos iniciais do ensino fundamental pode influenciar o rendimento escolar e favorecendo o desequilíbrio entre escolaridade e faixa etária, e a não continuidade da formação básica, tornando-se um potencial fator para o abandono escolar e consequente vulnerabilidade social (Santos et al., 2017; Silva et al., 2014; Fiocruz, 2018; Lopes et al., 2018).

A diversidade observada na situação ocupacional dos usuários da pesquisa — com dois aposentados (U2 e U3), um empregado formal (U1), um trabalhador informal (U4) e uma usuária afastada do trabalho (U5) — sugere que as experiências e os desafios enfrentados por cada usuário voluntário da pesquisa podem variar significativamente. Nasrin et al. (2023) revelam que empregados formais, informais e aposentados apresentam diferentes níveis de estresse, ansiedade e depressão, sendo que fatores como a estabilidade do emprego e o tipo de ocupação têm efeitos variados no bem-estar psicológico. Trabalhadores informais, por exemplo, muitas vezes lidam com mais inseguranças e estresse financeiro, o que pode prejudicar sua saúde mental em comparação com trabalhadores formais.

Quanto ao tempo de acompanhamento no CAPS AD, a maioria dos usuários frequenta o serviço há mais de seis meses. Dois deles (U2 e U3) estão em acompanhamento há mais de dois anos, enquanto U1 e U4 frequentam o CAPS AD de seis meses a um ano, e U5, de um a dois anos. Essa variação no tempo de acompanhamento pode ter implicações significativas para a efetividade do tratamento. A continuidade do cuidado em serviços de saúde mental é frequentemente associada a melhores desfechos clínicos e ao fortalecimento de redes de apoio social.

Os usuários que permanecem em acompanhamento por períodos prolongados tendem a apresentar melhorias significativas em sua saúde mental, refletindo a importância da adesão ao tratamento, inclusive para a construção do seu processo

de alta (Eather et al., 2023). Isso ressalta a importância da construção do PTS junto ao paciente, revisando-o e atualizando-o, para que o cuidado seja cada vez mais efetivo dentro do serviço do CAPS AD, visto que a diversidade nos períodos de acompanhamento observados na pesquisa pode indicar diferentes necessidades de suporte e intervenção na RAPS.

A partir da caracterização da amostra e das respostas obtidas, foram divididos 4 eixos temáticos para discussão dos resultados, sendo os mesmos nomeados de acordo com a reprodução exata de alguns relatos que caracterizam o que vai ser discutido no respectivo eixo. O primeiro, “Eu gosto de vir por causa do grupo que vai ter amanhã e por causa do teu”, traz as discussões sobre os vínculos estabelecidos com os profissionais e o sentimento de pertencimento ao grupo terapêutico. O segundo eixo, “Depois que eu faço, me sinto bem por estar me tratando”, reflete os benefícios percebidos pelos usuários nas dimensões física e mental decorrentes da participação nas atividades. O terceiro, “Já que temos o direito de fazer atividade física na praça, então é bom pra gente usufruir”, expressa a valorização dos espaços públicos como oportunidades de cuidado e prática de exercício físico. Por fim, o quarto eixo, “Todo mundo tá vendo que a gente tá ali pra fazer um bem comum”, traduz os ganhos sociais e familiares relatados pelos participantes, evidenciando influência nas relações interpessoais.

“Eu gosto de vir por causa do grupo que vai ter amanhã e por causa do teu”

A importância do vínculo com profissionais e o serviço, por vezes, é citada pelos usuários entrevistados como ponto relevante na continuidade e adesão ao tratamento no CAPS AD. Fernandes et al. (2017), em seu estudo sobre evasão do tratamento do uso de drogas em CAPS AD, evidenciam que o vínculo com determinados profissionais do serviço aparece como fator protetor para a continuidade do cuidado. Além disso, a pesquisa expõe que o descontentamento com a instituição é um aspecto que se destaca quando se questiona sobre a não aderência ao tratamento.

A vinculação entre os usuários e o CAPS AD constitui o alicerce fundamental para o processo de

tratamento e recuperação. Para os profissionais que atuam neste serviço, compreender profundamente essa conexão pode ser essencial para proporcionar um cuidado eficaz e humanizado. As falas dos participantes da pesquisa ilustram de forma clara a relevância dessa vinculação, conforme apresentado a seguir:

Eu gosto de vir por causa do grupo da **** e da... daquela baixinha. E por causa de tu (U1).

Me deram uma férias uns tempos aqui, né? [...] Mas aí... Eu vinha igual aqui, cuidar da horta, vinha fazer... Eu tava por aí sempre. Sempre aqui no CAPS. Dar uma olhada aí, né? E... Gosto de lidar com as minhas plantinhas, né? (U2).

Facilita muitas coisas. Eu me sinto ótimo aqui (U3).

Conforme relatos citados, salienta-se a ideia de que em contexto de CAPS AD as relações de cuidado e vínculo são determinantes para a permanência e continuidade do usuário no serviço. Além de funcionar de forma eficaz para a promoção e a adesão ao tratamento para indivíduos com uso abusivo de álcool e outras drogas, fomentando a horizontalidade das práticas de cuidado em saúde mental (Jorge et al., 2011). Nesse sentido, valorizam-se espaços de abordagens multiprofissionais, nos quais se faz presente também o profissional de educação física (PEF).

O PEF está presente em atividades próprias do serviço como acolhimentos, discussões de caso, visitas domiciliares, reuniões de equipe, atendimentos individuais, atividades grupais (Figueiredo; Oliveira; Espírito-Santo, 2020), também destacando o conhecimento e atuação específica da profissão, viabilizando acesso a práticas corporais e exercício físico de forma orientada, mais segura e contínua, assim como relatado por U2:

[...] Eu, às vezes, tinha que fazer uma ginástica forçada em casa sem saber direito qual era a posição, né? [...] Fazia mais de 20 anos que eu não fazia atividade física. Agora tô aprendendo a fazer [...]. Controlado e da maneira certa, né? Então, o benefício é esse. Pra quem não andava [...], só *arrastando na rua*, agora tá caminhando tranquilo, né? (U2).

A fala de U2 destaca a jornada de reaprendizagem e a importância da orientação adequada na prática de atividades físicas, especialmente após um longo período de inatividade. Como enfatizado por Oliveira, Franco e Antunes (2019), a prática de atividade física é fundamental para a promoção da saúde mental em idosos, pois proporciona não apenas melhorias na mobilidade, mas também na qualidade de vida. Assim, ao refletir sobre a experiência do usuário evidencia-se que a reintegração à atividade física pode transformar não só a condição física, mas também a saúde emocional do indivíduo.

Destaca-se que a união entre a presença de um PEF e a prática de exercício de forma orientada pode ser um potente recurso terapêutico no serviço. Nota-se que, neste cenário, o profissional não restringe sua atuação a cuidados voltados a práticas corporais, pois, quando o usuário compreende os benefícios na sua rotina frente às atividades realizadas, favorece a continuidade dele no grupo e, conseqüentemente, no serviço. Além disso, pode-se compreender, entre os benefícios, a melhora na qualidade de vida, visando a aspectos físicos e mentais.

“Depois que eu faço, me sinto bem por estar me tratando”

Sintomas relacionados à ansiedade são por vezes associados ao uso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool. A substância é tida como estratégia que a princípio minimiza os sinais ansiosos e depressivos, mas que a longo prazo, a partir de um uso crônico, favorecem a piora dos sintomas de ansiedade e de depressão em momentos de fissura ou de abstinência (Lopes & Rezende, 2013; Barbosa et al., 2020).

Muller (2022) discute em sua pesquisa a relação entre o exercício físico e sintomas de ansiedade. Destaca a atividade física como estratégia ansiolítica e antidepressiva, a qual promove benefícios diretos na melhora da saúde mental de forma mais ampla. Para além disso, o exercício provoca respostas físicas e sensações corporais que se assemelham aos sintomas ansiosos (sudorese, variações cardiovasculares e respiratórias) (Monteiro & Sobral Filho, 2004; Lenhardtk & Calvetti, 2017).

Desta forma, promove uma autorregulação, a partir de uma exposição e estimulação da sensibilidade interoceptiva, facilitando respostas mais cadenciadas e seguras às sensações de pânico e ansiedade, sendo tais respostas proporcionadas independentemente do exercício físico realizado (Goodarzi, et al., 2024; Muller, 2022).

Conforme os resultados observados por Ferreira et al. (2017), que discutem o estado de humor após a prática de exercícios entre indivíduos em tratamento para dependência de substâncias, há uma redução na percepção de tensão como consequência do exercício. Essa sensação de relaxamento e redução da tensão corporal, mencionada por um dos participantes, pode estar associada a uma diminuição do desejo de consumir drogas, ao promover bem-estar físico e emocional. U4 reforça essa percepção ao afirmar que: “O metabolismo também, tipo, relaxa, vai relaxando, né? O corpo, assim, fica menos nervoso, mais calmo.”

Desta forma, dentro da proposta de cuidado de um CAPS AD, a presença do grupo de Exercício Físico, seu contexto e a prática de exercício em si vêm como potente ferramenta que promove não só ganhos na saúde física, mas também oferece benefícios psicológicos significativos ao tratar da forma de lidar com sentimentos tantas vezes associados à vontade de uso de substâncias, contribuindo de forma direta para a proposta de reabilitação psicossocial do serviço (Santos et al., 2023).

A melhora da percepção de esforço (PE) também é citada entre os usuários participantes, sendo caracterizada por quão cansativa ou “pesada” seria aquela atividade física que está sendo ou foi executada. Considera-se como PE a consequência de condições multifatoriais em que diferentes sensações estão presentes como preditoras dessa percepção, como tensão, fadiga muscular e dores. A melhora da PE é decorrente da exposição a níveis graduais de intensidade de treino (Borg, 2000). E, assim como relatado por U5, a diminuição da dor, é consequência a curto e longo prazo para pessoas que apresentam dores na coluna (Koerich et al., 2023), influenciando diretamente na PE.

Eu senti que quando eu fazia outras caminhadas depois que eu comecei a fazer, eu não sentia mais tanto cansaço. Eu acho que

assim, a minha, não sei me expressar direito, mas é o condicionamento físico, acho que é essa palavra, ficou bem melhor. Eu senti... E as dores na minha coluna também melhoraram. Acredito que foi por causa do exercício (U5).

No que se refere à experiência positiva em relação à prática de atividades físicas e suas consequências benéficas para a saúde física, especialmente no que diz respeito ao condicionamento e à redução de dores, Cortez-Rodriguez et al. (2024) exploram como a prática regular de exercícios físicos pode levar a melhorias significativas no condicionamento físico e na redução de dores crônicas, como as dores nas costas. Nelas, com o aumento da força muscular e da flexibilidade, o exercício não apenas melhora a resistência física, mas também pode aliviar a pressão sobre estruturas articulares e musculares, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Este achado demonstra como a atividade física não apenas promove a saúde física, mas também pode levar a um aumento na disposição e na funcionalidade diária.

A partir das consequências positivas, discutidas sobre o exercício físico no processo de cuidado e tratamento do dependente químico, destaca-se a importância de se viabilizar espaços para a prática de atividade física no CAPS AD e também em ambientes públicos de acesso gratuito. O acesso a esses locais de prática pode gerar consequências positivas para além das intervenções que acontecem durante os grupos do CAPS AD.

“Já que temos o direito de fazer atividade física na praça, então é bom pra gente usufruir”

A viabilidade a espaços urbanos livres e abertos de domínio e utilização pública destinados prioritariamente ao lazer, à recreação, à prática de atividades físicas, entre outras possibilidades, é associada positivamente a níveis moderados e intensos de atividade física entre pessoas que moram em regiões próximas a esses espaços (Hino et al., 2019; Rech et al., 2023). Ao relatar sobre o local perto da sua casa, U3 denota o quanto a acessibilidade ao espaço influencia em seus níveis de atividade física diária. A qualidade desse local para prática também o

possibilita como alternativa, não só para exercitar-se, mas também como local de lazer e de promoção de saúde, podendo ser um meio de conter o alto índice de inatividade física (Manta et al., 2018; OMS, 2020).

[...] a rua é bem espaçosa. Lá tem calçada. Tudo na frente de casa. Eu dou a volta na quadra inteira. [...] Eu dou a volta todo dia. Na reta, na subida, depois eu desço para chegar em casa. Forço as pernas para a subida, depois eu desço pela outra descida. [...] Lá é tranquilo. Eu moro lá desde criança. Nasci lá. Conheço todo mundo! (U3).

Sallis et al. (2015) discutem em sua pesquisa sobre os benefícios associados à atividade física em espaços públicos, tendo a prática como meio de promoção não só de saúde física, mas também de saúde mental, além de benefícios ambientais, associados a estruturas do local e do ambiente no entorno dele. Rech et al. (2023) citam os equipamentos e estruturas do espaço como condicionantes da qualidade atribuída ao local. Características de manutenção reduzida, como equipamentos quebrados, pichações e sujeira, estariam entre os determinantes de qualidade ruim, sendo pontuada também como aspecto negativo a presença de dependentes químicos nesses locais, refletindo o estigma social que ainda cerca o uso de drogas.

Nesse sentido, a presença do grupo de exercício físico do CAPS AD nesses locais representa uma ressignificação simbólica do espaço público, transformando-o de lugar de exclusão em um território de cuidado e visibilidade social. Tal achado converge com Sallis et al. (2015) ao reafirmar o potencial dos espaços públicos como promotores de saúde, também representando um avanço ao evidenciar seu papel na reabilitação psicossocial e na redução do estigma associado aos usuários de álcool e outras drogas.

Considerando os aspectos discutidos, a presença do grupo de exercício físico do CAPS AD nesses locais pode trazer perspectivas diferentes para aqueles usuários diante de como costumavam acessar o local, evidenciando também possíveis ganhos sociais: “[...] Eu gostei muito, eu achei muito melhor do que espaço fechado, a minha opinião foi para mim, maravilhoso! Fechado, já... Acho que é por isso que eu não gosto de academia[...]

A existência de locais públicos para a prática de atividade física torna democrático o acesso aos mesmos, assim como ampliam as alternativas de espaços para se exercitar (Silva et al., 2015), bem como relatado por U2:

Nem quis gastar dinheiro fazendo exercício em academia também. Não é pra mim isso aí, né? Então já que temos o direito de fazer a atividade física na praça, então é bom pra gente usufruir. Pra mim é mais vantagem do que eu estar em casa fazendo exercício.

U2 menciona que “temos o direito de fazer a atividade física na praça” e que essa opção é “mais vantagem” do que ficar em casa, destacando a importância do acesso a espaços públicos para a prática de exercícios. Tal perspectiva reflete não só uma escolha pessoal, mas também converge com a promoção de saúde e bem-estar em comunidades, onde espaços públicos são tidos como alternativa viável e benéfica para aqueles que não desejam ou não podem frequentar academias (Silva et al., 2023).

Para além disso, a oportunidade de orientação especializada por parte do profissional de educação física garante uma possibilidade de reconhecer necessidades e alcançar objetivos, assim como possibilita reconhecer exercícios (Kunzler et al., 2014), e torna-os parte da rotina.

Nos outros dias eu vinha no mesmo espaço público e fazia os mesmos exercícios que a gente tinha feito no dia da educação física. Isso aí eu achei que me ajudou bastante, porque não era só naquele dia que eu fazia. Eu gravava os exercícios e vinha de novo no mesmo espaço (U5).

Diante do que foi discutido, pode-se pensar o espaço público de prática de atividade física como potente fator protetivo em diversos aspectos. O acesso a esses locais e qualidade deles podem contribuir de forma positiva para os níveis de atividade física diária de indivíduos que os acessam. Os benefícios físicos, mentais e ambientais reforçam a ideia de que fomentar, viabilizar, ocupar e preservar esses espaços promove ganhos sociais significativos, principalmente considerando usuários do CAPS AD.

“Todo mundo tá vendo que a gente tá ali pra fazer um bem comum”

A “vergonha”, por vezes, é citada entre os voluntários da pesquisa como fator desmotivante para a prática de exercício de forma contínua:

Eu me sinto envergonhado às vezes, sabe? Mas às vezes eu me sinto bem pelo fato de estar me exercitando, fazendo bem pro meu corpo, né? Me mantendo ocupado. [...] Pelo fato de eu ser fumante, sabe? [...] Mas as pessoas que fazem atividade física e vão à academia, assim, elas não fumam, né? Geralmente não fumam. Então às vezes tem preconceito, né, pelo cheiro, tudo! (U4).

Para não ficar muito tempo no mesmo espaço ali, né? Às vezes eu ficava constrangido por ter uma pessoa mais nova que eu, outra mais velha, fazendo mais exercícios que eu. [...] Então, sempre assim. Eu sempre fui envergonhado assim, né? (U2).

Essa categoria revela que, na percepção dos entrevistados, ao relatarem suas experiências nos espaços de prática de atividade física, emergem sentimentos de comparação e preocupação com a validação por parte das outras pessoas que compartilham esses ambientes. U4 e U2 expressam sentimentos de vergonha, seja pelo receio de serem percebidos como “inferiores” devido a hábitos que podem ser julgados, seja pelo desempenho reduzido decorrente de suas limitações físicas. Lavoura e Machado (2007), em seu estudo de caso, trazem as principais razões relatadas por esportistas para a sensação de vergonha durante sua prática, destacando o constrangimento de ter desempenho reduzido em suas funções, vergonha de arriscar e de parecer “ridículo” dentro do que é proposto na prática. Para além disso, a sensação de vergonha acompanhada de culpa e arrependimento é, por vezes, relatada entre usuários de substâncias em abstinência (Cruzeiro et al., 2016).

A prática de atividade física contribui de forma efetiva ao aliviar sintomas negativos associados à baixa autoestima e ao retraimento social, promovendo uma maior interação social e a construção de vínculos positivos (Zago & Padilha

et al., 2017)), principalmente quando praticada em grupo, favorecendo a socialização e o sentimento de pertencimento, além de oferecer novas oportunidades sociais e de engajamento para os participantes, o que pode ser particularmente relevante para aqueles que estão em tratamento de saúde mental (Oliveira & Alves, 2023). Isso ilustra como a inclusão em práticas de exercício pode resultar em benefícios sociais e emocionais significativos, corroborando a importância de abordagens integradas para a saúde mental.

Então isso me ajudou bastante, porque eu comecei a sair, tinha que sair, tinha que vir, sabe? Então começou a abrir outras oportunidades pra mim, tanto que o meu psicólogo me sugeriu essas outras atividades, que uma era a educação física, que me ajudou bastante também, que fazia muitos anos que eu não praticava (U5).

A afirmação de U5 ilustra bem a perspectiva de como a atividade física “começou a abrir outras oportunidades” para ela. Oliveira e Alves (2023) apontam que a participação em atividades físicas pode aumentar a confiança dos indivíduos, incentivá-los a sair de casa e facilitar a construção de novas relações sociais. Isso está alinhado com a sugestão do psicólogo de U5 que, visando um cuidado integral da usuária, sugeriu que explorasse outras atividades, mostrando como o exercício físico pode ser um catalisador para a reintegração social e a melhoria da qualidade de vida, sendo também uma ocupação para evitar o uso abusivo de substâncias, assim como relatado por U4:

Pra ter o que fazer, assim, uma ocupação durante a semana, né, e pra me manter longe das drogas, em tratamento, né, e... dois, três... em dois meses isso funciona bem [...] mas, sabe, os programas aqui do CAPS são bons, se a pessoa... se mantém ocupada [...] (U4).

A fala do participante evidencia o papel dos grupos como espaço de convivência e aprendizado de interação social, aspectos que se aproximam do desenvolvimento de habilidades sociais, conforme discutido por Limberger e Andretta (2022). Esses autores apontam que a participação em grupos terapêuticos favorece a expressão de sentimentos, a escuta empática e o manejo emocional diante de

críticas. A importância de “ter o que fazer” e “manter-se ocupado”, traz a participação no grupo como um fator protetivo no processo de tratamento, pois favorece a convivência, a troca de experiências e o sentimento de pertencimento, corroborando com a ideia de que o envolvimento em atividades coletivas contribui para o fortalecimento dos vínculos sociais e para a manutenção da abstinência (Limberger & Andretta, 2022; Oliveira & Alves, 2023), aspectos também relatados pelos participantes do grupo de Exercício Físico:

A sobriedade, o acompanhamento, né? Tudo. Fiquei mais à vontade para me integrar bem na sociedade. Então todo mundo tá vendo que a gente tá ali pra fazer um bem comum, né? [...] Pessoal que passa, que me conhece, comenta ‘é, uma vez eu vi ele assim e agora está ali, tá bem, tá caminhando, tá...’ Então, é um... Para mim é um sucesso, né? Muito bom. [...] Já sei conversar melhor com as pessoas. A minha neta não tem mais medo de mim quando eu passo. Não tem medo de me abraçar (U2).

A fala de U2 expressa como, após a participação nas atividades do CAPS AD e a manutenção da sobriedade, o usuário percebe mudanças na forma como é visto socialmente, exemplificando inclusive sobre momento de caminhada exercida durante a participação no grupo de Exercício Físico. Destaca também a forma como é acolhido pela família, indicando reconstrução de laços afetivos e maior integração social, o que corrobora a discussão apresentada anteriormente, em que se pode compreender o vínculo com o CAPS AD e com os grupos oferecidos pelo serviço como potente ferramenta em diversos âmbitos no processo de cuidado e tratamento dos usuários.

De modo geral, os resultados evidenciaram que a inserção do grupo de Exercício Físico no contexto do CAPS AD contribuiu significativamente para o processo terapêutico dos usuários, promovendo benefícios físicos, psicológicos e sociais. Observou-se que a prática regular de atividade física favoreceu a socialização, o fortalecimento de vínculos e o engajamento dos participantes nas ações de cuidado, configurando-se como uma estratégia complementar relevante no âmbito da saúde mental.

Considerações Finais

O estudo demonstra a forma direta e positiva pela qual o serviço de CAPS AD e, mais especificamente, o grupo de exercício físico contribuem para o tratamento de dependentes químicos. Nota-se que o grupo viabiliza benefícios físicos, mentais e sociais, incentiva a ocupação de espaços públicos para a prática de atividade física, bem como fortalece a criação de vínculos. Portanto, incentivar grupos de exercício físico e a presença do profissional de educação física em serviços de CAPS AD pode ser uma forma de efetivar e fazer parte do cuidado integral no tratamento.

Os achados aqui apresentados fornecem subsídios relevantes para a elaboração de políticas de suporte à saúde mental que reconheçam e valorizem a complexidade do papel do profissional de Educação Física no cuidado integral aos dependentes químicos. Compreende-se que o estudo apresentou pontos que representam limitações e, justamente pela sua notabilidade, incentivam-se mais pesquisas nessa área, visando a uma investigação mais ampla por meio de outras variáveis, como maior número de amostra e possibilidade de identificar demandas e características de outros gêneros.

A promoção da saúde deve ser abordada de maneira holística, o que é indispensável para garantir a qualidade do atendimento prestado e para impulsionar a construção de um sistema de cuidado mais sustentável, eficaz e humanizado.

Referências

- Alves, S. V., Silva, C. R., & Liberman, F. (2024). Reinventando a roda: Capoeira como dispositivo de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. *Saúde e Sociedade*, 33(2), e230653pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230653pt>
- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- 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, e28048. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.122874>
- Barbosa, L. N. F., Asfora, G. C. A., & Moura, M. C. de. (2020). Ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas em jovens universitários. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 16(1), 01-08. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.155334>
- Borg, G. (2000). *Escala de Borg para a dor e o esforço percebido*. Manole.
- Corte-Rodriguez, H. De la, Roman-Belmonte, J. M., Resino-Luis, C., Madrid-Gonzalez, J., & Rodriguez-Merchan, E. C. (2024). The Role of Physical Exercise in Chronic Musculoskeletal Pain: Best Medicine—A Narrative Review. *Healthcare*, 12(2), 242. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020242>
- Cruzeiro, M. S., Queiroz, S. S. de., Alencar, H. M. de., Canal, C. P. P., & Miranda, F. H. F. (2016). Psicologia da Moralidade. *Schème - Revista Eletrônica de Psicologia E Epistemologia Genéticas*, 8(1), 174–201. <https://doi.org/10.36311/1984-1655.2016.v8n1.08.p174>
- Eather, N., Wade, L., Pankowiak, A. & Eime, R. (2023). The impact of sports participation on mental health and social outcomes in adults: a systematic review and the 'Mental Health through Sport' conceptual model. *Systematic Reviews*, 12(102). <https://doi.org/10.1093/sysrev/syad001>

systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02264-8

- Fernandes, S. S., Marcos, C. B., Kaszubowski, E., & Goulart, L. S. (2017). Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(2), 131–137. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700020268>
- Ferreira, S. E., Santos, A. K. de M. dos., Okano, A. H., Gonçalves, B. da S. B., & Araújo, J. F. (2017). Efeitos agudos do exercício físico no tratamento da dependência química. *Revista Brasileira De Ciências Do Esporte*, 39(2), 123–131. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2016.01.016>
- Figueiredo, S. M. T. de, Oliveira, B. N. de, & Espírito-Santo, G. do. (2020). Atuação do profissional de educação física em CAPS representada pelos demais profissionais do serviço. *Revista Pensar a Prática*, 23, e56378. <https://doi.org/10.5216/rpp.v23.56378>
- Furtado, J. P., Oda, W. Y., Borysow, I. da C., & Kapp, S. (2016). A concepção de território na Saúde Mental. *Cadernos De Saúde Pública*, 32(9), e00059116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>
- Fundação Oswaldo Cruz. *III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira*. (2018). FIOCRUZ. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/34614/III%20LNUD%20Suplemento_I.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Goodarzi, S., Teymouri Athar, M. M., Beiky, M., Fathi, H., Nakhaee, Z., Omran, S. P., & Shafiee, A. (2024). Effect of physical activity for reducing anxiety symptoms in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Sports Science, Medicine & Rehabilitation*, 16(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s13102-024-00947-w>
- Hino, A. A. F., Rech, C. R., Gonçalves, P. B., & Reis, R. S. (2019). Acessibilidade a espaços públicos de lazer e atividade física em adultos de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 35(12), e00020719. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00020719>
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P. de., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051–3060. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
- Koerich, M. H. A. da L., Peixoto, L. de S., Macedo, N. da S., Schwertner, D. S., & Siqueira, T. C. (2023). O exercício alivia minha dor? Estudo qualitativo sobre as percepções de pacientes com dor lombar. *BrJP*, 6(3), 257-262. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20230062-pt>
- Kunzler, M. R., Rocha, E. S. da., Bombach, G. D., Neves, D., Santos, G. S. dos., & Carpes, F. P. (2014). Saúde no parque: características de praticantes de caminhada em espaços públicos de lazer. *Saúde Em Debate*, 38(102), 646–653. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140060>
- Lavoura, T. N., Machado, A. A. (2007). A vergonha e sua relação com a prática esportiva: um estudo de caso. *Motriz rev. educ. fis. (Impr.)* 13(1): 64-71. <https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz/article/download/346/743/0>
- Lenhardtk, G., & Calvetti, P. Ü. (2017). Quando a ansiedade vira doença?: Como tratar transtornos ansiosos sob a perspectiva cognitivo-comportamental. *Aletheia*, 50(1-2), 111-122. Recuperado em 13 de novembro de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942017000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Limberger, J., & Andretta, I. (2022). Effects of Social Skills Training for Drug Users under Treatment. *Psico-usf*, 27(2), 211–223. <https://doi.org/10.1590/1413-82712022270201>
- Lopes, A. P., & Rezende, M. M. (2013). Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 30(1), 49–56. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000100006>
- Lopes, M. A., Sprícigo, J. S., Mitjavila, M. R., Schneider, D. R., & Abreu, D. (2018). As diferenças de idade e gênero entre usuários de CAPS ad e as implicações na rede de atenção. *SMAD. Revista eletrônica saúde*

- mental álcool e drogas*, 14(3), 159-167. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000412>
- Machado, A. de P., Santos, A. G. A., Silva, A. B., Neto, A. G. de M., Caixeta, A. R., Souza, A. L., Assunção, A. F. C., Freitas, E. A. M. de, Naves, G. V. G., & Pinto, M. R. (2021). Perfil dos usuários cadastrados em um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD). *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 7603–7609. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-299>
- Manta, S. W., Lopes, A. A. dos S., Hino, A. A. F., Benedetti, T. R. B., & Rech, C. R. (2018). Open public spaces and physical activity facilities: study of systematic observation of the environment. *Revista Brasileira De Cineantropometria & Desempenho Humano*, 20(5), 445–455. <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2018v20n5p445>
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Ministério da Saúde. (2008). Política nacional de atenção integral à saúde do homem: Princípios e diretrizes. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf
- Monteiro, M. de F., & Sobral Filho, D. C. (2004). Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Revista Brasileira De Medicina Do Esporte*, 10(6), 513–516. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922004000600008>
- Muller, A. K. de O. (2022). *Relação da ansiedade com o exercício físico: uma revisão analítica*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”] Repositorio.unesp.br. <http://hdl.handle.net/11449/216451>
- Nasrin N., Fatema, K., Farjana, F., Moni, N. N., Islam Md. K., Mohsin, K. F., & Ahmed, M. (2023). Does Employment Status Associate with Physical and Mental Health Status? A Cross-Sectional Study on Working-age Population. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 18(1), 1-14. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v18i1.1335>
- Nunes, F. C., Sousa, J. M., Pinho, E. S., Caixeta, C. C., Barbosa, M. A., & Costa, A. P. (2022). Fatores impulsores e restritivos da prática com grupos em serviços comunitários de atenção psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1), 183–192. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19992021>
- Oliveira, D. V. de, Franco, M. F., & Antunes, M. D. (2019). A prática de atividade física como fator de promoção da saúde de idosos. *Revista Interdisciplinar de Promoção Da Saúde*, 2(1), 70–77. <https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13334>
- Oliveira, J. S., & Alves, S. F. de S. (2023). Impacto Da Prática De Exercício Físico Na Saúde Mental Dos Indivíduos Acometidos Pela Depressão: Revisão integrativa. *Revista Foco*, 16(8), e1616–e1616. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n8-114>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Organização Mundial da Saúde.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011, 23 de dezembro). 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). Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. (2013, 7 de novembro). Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html
- Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. (2017, 28 de setembro). Ministério da Saúde. https://www.gov.br/aias/pt-br/central-de-conteudo/copy_of_portarias/2021/portaria-de-consolidacao-no-5-de-28-de-setembro-de-2017
- Rech, C. R., Pazin, J., Rodrigues, E. Q., Neto, F. T. de P., Knebel, M. T. G., Coco, T. G. dos S., & Fermino, R. C. (2023). Como os espaços públicos abertos podem contribuir para a promoção da atividade física? *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 28, 1–6. <https://doi.org/10.12820/rbafs.28e0295>

- Sallis, J. F., Spoon, C., Cavill, N., Engelberg, J. K., Gebel, K., Parker, M., Thornton, C. M., Lou, D., Wilson, A. L., Cutter, C. L., & Ding, D. (2015). Co-benefits of designing communities for active living: an exploration of literature. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 1 - 10. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0188-2>
- Santana, R. T., Miralles, N. C. W., Alves, J. F., Santos, V. Ávila dos, Vinholes, U., & Silveira, D. S. da. (2020). Perfil dos usuários de CAPS-AD III/ Profile of users of a psychosocial Care Center. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(1), 1343–1357. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-103>
- Santos, M. M., Mota, R. S., Carvalho, M. R. da S., Araújo, G. S. de, Gomes, N. P., & Oliveira, J. F. de. (2017). Consumo de drogas e fatores associados: estudo transversal com adolescentes escolares do ensino fundamental. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(1), 64. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175675>
- Santos, H. S., Santana, M. C. de, Rosa, P. V. N., Mantovani, J. E. M., Pereira, L. G., Silva, C. C., ... Moreira, T. G. (2023). Avaliação Dos Efeitos Da Atividade Física Na Saúde Mental: Uma Revisão Sistemática. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 9(7), 1770–1779. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i7.10780>
- Silva, L. F. da & Russo, R. de F. S. M. (2019). Aplicação de entrevistas em pesquisa qualitativa. *Gestão e Projetos: GeP*, 10(1), 1-6. <https://periodicos.uninove.br/gep/article/view/13285>
- Silva, C. C., Costa, M. C. O., Carvalho, R. C. de., Amaral, M. T. R., Cruz, N. L. de A., & Silva, M. R. da .. (2014). Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 737–745. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.15922013>
- Silva, I., Mielke, G., Nunes, B., Böhm, A., Blanke, A., Nachtigall, M., Cruz, M., Martins, R., Müller, W., & Hallal, P. (2015). Espaços públicos de lazer: distribuição, qualidade e adequação à prática de atividade física. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 20(1). <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.20n1p82>
- Silva, A. T. da, Santos, L. P. dos, Custódio, I. G., Truchym, T. C., Crochemore-Silva, I., Rech, C. R., ... & Fermino, R. C. (2023). Descrevendo a atividade física em espaços públicos abertos no Brasil: Programa Cidade Ativa, Cidade Saudável. *Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde*, 28, 1–11. <https://doi.org/10.12820/rbafs.28e0305>
- Silva, M. L. da., Hatanaka, Y. F., Rondina, R. de C., & Silva, N. R. da. (2018). Evaluation of the repertory of social skills of users of psychoactive substances under treatment. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 26(4), 849–858. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1633>
- Sousa, J. R. de; Santos, S. C. M. dos. (2020). Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, 10(2), 1396 – 1416. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559>.
- Souza, O. E. de., Zeni, A. P. D., Mantesso, M., Federizzi, T., & Hirdes, A. (2013). Tratamento e reabilitação de usuários de CAPS-AD sob a perspectiva dos profissionais do serviço. *Saúde Em Debate*, 37(1), 171–184. <https://doi.org/10.1590/0103-11042013E18>
- Vieira, E.B., da Silveira, M. E. B., Sousa, T. R. & de Miranda, J. M. (2024). O Serviço dos Caps AD e o Apoio aos Usuários e Suas Famílias: Uma Revisão De Literatura. *Revista FT*, 28(132). DOI: 10.5281/zenodo.10801732.
- Zago, M. C., & Padilha B. M. (2018). Atividade Física Como Adjunto Terapêutico Para Pacientes Psiquiátricos Com Adoecimento Mental Severo: Revisão Da Literatura. *Psicologia Em Revista*, 23(2), 609–625. <https://doi.org/10.5752/p.1678-9563.2017v23n2p609-625>

Percepções e Estratégias dos Servidores do CAPSi no Acompanhamento de Crianças com Sofrimento Psíquico

Clara Campelo de Albuquerque Soares¹ , Eline Isabelle Oliveira Reis² , Taís Rabe Gonçalves³ ,
Tathiana Accioly Bezerra⁴  e Luana de Melo Ribas⁵ 

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Brasília, Distrito Federal, Brasil

Resumo: Entende-se que o sofrimento psíquico em crianças é complexo e, por isso, requer recursos e intervenções adaptados às suas necessidades específicas. Nesse sentido, o estudo tem como objetivo compreender a atuação dos servidores de saúde que trabalham com a infância, a partir de suas narrativas, em relação ao atendimento das crianças acompanhadas nos CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil) do Distrito Federal. Busca-se investigar como as crianças são acolhidas e acompanhadas, além de identificar as percepções e estratégias dos profissionais envolvidos. Foi realizado um estudo observacional transversal dividido em duas etapas: primeiro foi realizada a aplicação de um questionário via Google Forms, contemplando questões sobre informações pessoais e acerca do trabalho para identificar os que se enquadraram nos critérios pré-selecionados; no segundo momento, foram feitas entrevistas semiestruturadas com servidores selecionados. As entrevistas foram gravadas e transcritas, e a análise dos dados seguiu a metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Como resultados, emergiram dois eixos temáticos convergentes nos depoimentos: Processos de Trabalho e Sofrimento Psíquico. Foram observadas nas falas a importância do trabalho em equipe, da articulação em rede, do uso dos dispositivos da clínica psicossocial e de recursos como o brincar e arte para o trabalho com o público infantojuvenil, além da percepção de mudança de demanda do campo da saúde mental infantojuvenil nos últimos anos. Espera-se que esse trabalho possa contribuir para a discussão sobre saúde mental infantil e com a reflexão sobre o atendimento às crianças em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: saúde mental, criança, profissionais de saúde, centros de atenção psicossocial

Perceptions and Strategies of the Staff at the Child and Adolescent Psychosocial Care Center in Monitoring Children with Psychological Distress

Abstract: It is understood that psychological suffering in children is complex, and therefore, the resources and responses to this issue also require appropriate adaptations to meet the demand. In this regard, the study aims to understand the work of health professionals who deal with childhood, based on their

¹ Psicóloga. Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal. E-mail: claracampelo847@gmail.com.

² Terapeuta Ocupacional. Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal. E-mail: eline-reis@fepecs.edu.br.

³ Nutricionista. Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal. E-mail: taisrabe@gmail.com.

⁴ Psicóloga. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal. E-mail: tathiana.accioly@escs.edu.br.

⁵ Psicóloga. Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento e Escolar e Mestra pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília PGPDE/IP/UnB. E-mail: luanaribas.psicologia@gmail.com.

Submetido em: 12-05-2025. Primeira decisão editorial: 27-05-2025. Aceito em: 18-08-2025.

narratives, in relation to the care of children assisted by the CAPSi (Child and Adolescent Psychosocial Care Centers) in the Federal District. A cross-sectional observational study was conducted in two stages: first, a questionnaire was administered via Google Forms, including questions about personal information and work-related aspects to identify those who met the pre-selected criteria; in the second stage, semi-structured interviews were conducted with the selected professionals. The interviews were recorded and transcribed, and data analysis followed Bardin's Content Analysis methodology. As a result, two converging thematic axes emerged from the narratives: Work Processes and Psychological Suffering. The statements highlighted the importance of teamwork and network collaboration, as well as the use of psychosocial clinical tools and resources such as play and art in working with children and adolescents. Additionally, there was a perception of a shift in the demands within the field of child and adolescent mental health in recent years. It is hoped that this work may contribute to the discussion on children's mental health and encourage reflection on the care provided to children experiencing psychological distress.

Keywords: mental health, child, health professionals, psychosocial care centers

Introdução

A saúde mental tem se consolidado como um tema emergente na atualidade. Quando se trata da infância e da adolescência, esse assunto requer um olhar atento e especializado, considerando as particularidades do desenvolvimento e os múltiplos fatores que influenciam o bem-estar emocional nesta fase da vida.

Na literatura (Cardoso et al., 2020; Moura et al., 2022) existem divergências significativas referentes aos dados epidemiológicos com relação ao sofrimento psíquico e transtornos mentais na infância. A Organização Mundial da Saúde [OMS] (2022) estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes no mundo enfrentam alguma questão do tipo com maior ou menor grau. Segundo a OMS (2022), "saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade". Dessa forma, a saúde mental abrange um espectro que ultrapassa a ausência de doenças mentais. Os

serviços, as instituições e as intervenções focados na área da saúde mental tiveram várias características ao longo da história. Havia anteriormente um modelo hegemônico de caráter asilar-manicomial de cuidado, também conhecido como "indústria da loucura", no qual se construíam grandes manicômios e a política de cuidado era a exclusão da pessoa dita como "louca" (Pitta, 2011).

Diante desse cenário, começou um movimento buscando a superação do modelo manicomial de cuidado em todo o mundo. A Reforma Psiquiátrica, um movimento que ganhou força na segunda metade do século XX, busca quebrar o paradigma asilar e hospitalocêntrico promovendo uma mudança do modelo manicomial. Isso viabilizou o surgimento de um modelo psicossocial voltado para a participação ativa dos usuários, valorizando as individualidades dos sujeitos, além de incentivar a autonomia e a inclusão e de utilizar os recursos do território a que o indivíduo pertence no processo terapêutico (Lei nº 10.216, 2001).

Quando se discute o público infantil, as práticas e saberes da saúde mental infantojuvenil têm relação com as construções históricas sobre a saúde mental dos adultos, entretanto, também têm suas peculiaridades e formam um trajeto histórico específico. A própria concepção de infância como entendemos hoje, como sendo um período de vida com peculiaridades e demandas especiais, faz parte de uma concepção de uma construção social e histórica que se transformou ao longo dos anos (Delfini, 2015). Durante os séculos, a concepção e o lugar social da infância e da família se modificaram de tal modo, que a criança já foi percebida e tratada como adulto em miniatura, que não necessitaria nem demandaria uma preocupação especial (Ariès, 1986).

No que diz respeito ao contexto brasileiro, as crianças consideradas "loucas", geralmente pertencentes às classes sociais mais vulneráveis, acabavam compartilhando o mesmo espaço dos adultos nos manicômios criados em meados do século XIX. Isso acontecia por não haver ainda na época estudos específicos sobre as doenças mentais infantis, nem uma classificação que tornasse diferentes as formas e manifestações da morbidade no adulto e na criança (Ribeiro, 2006). Um marco

importante nos direitos das crianças no Brasil foi a criação da Lei 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, no início da década de 90, que definiu crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento, que demanda proteção integral e prioritária por parte da família, da sociedade e do Estado. Segundo esta lei, a criança é a pessoa até doze anos incompletos, que tem o direito à proteção à vida e à saúde, e deve ter assegurados o nascimento, o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Nesse sentido, existem diversos fatores que podem estar relacionados ao desenvolvimento do sofrimento mental em crianças e adolescentes. Silva et al. (2020, p. 165) cita e os descreve como:

[...] fatores biológicos, que englobam anormalidades do sistema nervoso central, causados por lesões, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas; fatores genéticos, que envolvem a história familiar de depressão e esquizofrenia, dentre outros; fatores psicossociais, relacionados a disfunções na vida familiar, discórdia conjugal, psicopatologia materna, criminalidade paterna, falta de laços afetivos entre pais e filhos; eventos de vida estressantes, relacionados à morte ou à separação dos pais; exposição a maus-tratos, como abuso físico, emocional e sexual, e fatores ambientais, relacionados a comunidades desorganizadas.

Até o início do século XXI, existiam no Brasil poucas políticas públicas de saúde mental focadas na população infantojuvenil, que até então eram direcionadas aos adultos (Couto, 2008; Vincentin, 2006). Com a IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010, foi validada a necessidade de assegurar o acesso e o tratamento de crianças e de adolescentes com sofrimento psíquico por meio de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental, comunitária e intersetorial (Ministério da Saúde, 2010). Atualmente, os principais serviços de cuidado em saúde mental às crianças, vinculados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), são os Centros de Atenção Psicossocial [CAPS] (Delfini et al., 2017; Kantorski et al., 2017).

Dessa forma, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil [CAPSi] constitui um dispositivo de reordenamento da rede de atenção à saúde mental, organizando-se a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica (Cervo & Silva, 2014). Entende-se o CAPSi como uma forma de efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e uma importante transformação na rede substitutiva de saúde mental (Souza, 2006). Seu atendimento se consolidou como modelo assistencial por meio da Portaria nº 336/2002, em conjunto com a Lei nº 10.216/2001, marco da regulamentação da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Onocko-Campos & Furtado, 2006).

Com o objetivo de ofertar atendimento à população de sua área de abrangência, realizar atendimento clínico, acompanhar o usuário no seu percurso terapêutico, trabalhar a reinserção social, seja pelo trabalho, pelo lazer ou pela cidadania, o CAPSi atende usuários de até 17 anos, 11 meses e 29 dias com transtornos mentais graves e persistentes; e usuários até 15 anos, 11 meses e 29 dias em uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, apresentando grave impacto na rede de apoio ou em conflito com a lei (Ministério da Saúde, 2004a; Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2018). Esse serviço comunitário deve trabalhar de maneira intersetorial em parceria com outros equipamentos da rede de saúde, educação e assistência social, além de se articular com recursos do território.

Segundo Ribeiro e Miranda (2019), os responsáveis dos usuários do CAPSi estudado procuraram o serviço motivados pela percepção de comportamentos inadequados (como rebeldia) nas crianças e adolescentes. Contudo, manifestações de dificuldades emocionais não eram reconhecidas por eles como demandas que requeriam acompanhamento profissional. Sobre os motivos relacionados à permanência no serviço, alguns responsáveis mencionaram o acolhimento e a confiança na equipe, elementos que são fundamentais para a manutenção do acompanhamento. Também observaram a necessidade da oferta de espaços de acolhimento e elaboração do sofrimento para os responsáveis e destacaram a essencialidade de um trabalho territorializado e colaborativo dos

diferentes pontos de atenção. Em outra pesquisa, os autores Cardoso et al. (2020) identificaram questões importantes sobre as trajetórias das crianças que frequentam o CAPSi, tais como as singularidades que surgem na trajetória terapêutica por meio da relação estabelecida entre a criança, o território por onde ela transita e o contexto social. Também observaram como desafio a necessidade de uma maior articulação entre as escolas e os serviços de saúde mental.

Sabe-se que várias questões do meio e do ambiente em que a criança está inserida no seu desenvolvimento são fatores que influenciam as questões de sofrimento psíquico na infância. Entretanto, quando estudamos a influência do meio, é essencial ter cautela e entender que não necessariamente a presença de certas características e qualidades de dado ambiente determina de forma objetiva o desenvolvimento de uma criança. Para Vigotski (2018, p. 78),

[...] metodologicamente, quando estudamos o papel do meio no desenvolvimento da criança, é vantajoso fazer a análise do ponto de vista de suas vivências porque [...] nelas são levadas em conta particularidades pessoas que participaram da definição da criança com uma dada situação.

Ou seja, o meio influencia de diferentes maneiras cada criança. Uma vez que a relação de qualquer criança com as circunstâncias do meio é diversa, é preciso atenção para a singularidade do indivíduo ao avaliar sua história, contexto e desenvolvimento. Dessa forma, principalmente tratando-se de saúde mental, entende-se a importância de um olhar singular para cada sujeito e seu desenvolvimento.

Delfini (2015), ao pesquisar sobre os processos e as condições de produção de cuidado em saúde mental de crianças na perspectiva do modelo psicossocial, percebeu que as ações e organizações dos serviços coerentes com a lógica psicossocial têm se mostrado um contexto fértil para a construção de práticas transformadoras. Entretanto, também se observa que uma articulação de rede ampliada se mostra como um desafio, uma vez que há limites de serviços e profissionais. Além disso, o autor salienta que

ainda há uma cultura conflitante de percepção sobre o que é saúde mental e de expectativas de cuidado pelos atores envolvidos, e que, ainda, apesar dos projetos terapêuticos estarem sendo desenvolvidos a partir das singularidades do sujeito, este ainda se mostram aquém das necessidades das crianças.

Desse modo, é possível compreender que o sofrimento psíquico em crianças é complexo e, por isso, seus recursos e respostas também necessitam de adaptações adequadas para determinada demanda. Deve haver um esforço para proteger a infância de processos que produzem mais sofrimento, como a institucionalização, a patologização, a estigmatização e a medicalização (Moura et al., 2022). Nesse sentido, é necessário entender quais são as lacunas e as potencialidades da assistência para esse público e como esses usuários estão sendo acolhidos e acompanhados na rede de atenção psicossocial.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo compreender a atuação dos servidores dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, vinculados à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), os quais lidam com o sofrimento psíquico infantil. Interessa verificar como as crianças estão sendo recebidas e acompanhadas, bem como identificar as percepções e as estratégias utilizadas pelos profissionais dessas unidades de serviço. Além disso, busca-se fomentar a discussão acerca do sofrimento psíquico em crianças de modo geral, considerando, especialmente, que a saúde mental das crianças é constantemente invisibilizada.

Método

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, a partir de um estudo de campo transversal descritivo. Isso acontece a partir de uma análise minuciosa de fatos observados pontualmente a partir de diferentes técnicas de coletas de informações, os descrevendo posteriormente. A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – CEP/FEPECS, recebendo parecer favorável nº 7.034.412.

O estudo foi amplamente divulgado – por meio do envio de texto de chamamento, com o link

de acesso ao Google Forms, via WhatsApp para a participação na pesquisa – nos CAPSis Asa Norte, Recanto das Emas, Taguatinga e Sobradinho, que são as quatro unidades de CAPS que o Distrito Federal possui na modalidade infantojuvenil (i), ofertando atendimento e acompanhamento para crianças e adolescentes com sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais severos e persistentes (Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2022). Servidores das referidas unidades foram convidados a responder a um questionário autoaplicável via Google Forms. Nesse momento, também foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em segundo momento, realizou-se a análise dos resultados obtidos com o questionário para a seleção de servidores a serem convidados a participar da próxima etapa da pesquisa, a entrevista semiestruturada. Foram incluídos no estudo os servidores que atuavam há, pelo menos, dois anos no CAPSi e que trabalham diretamente com crianças, entendendo criança como a pessoa até doze anos incompletos, como prediz o ECA (Lei nº 8.069, 1990). Foram excluídos do estudo os servidores que estavam de licença, de férias, eram residentes e outros profissionais em formação.

Foram selecionados quatro participantes, visando contemplar pelo menos um servidor de cada CAPSi do DF: Asa Norte, Sobradinho, Taguatinga e Recanto das Emas. A seleção dos participantes se deu de maneira intencional, a qual, conforme Gil (2008), envolve a escolha de um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, pode ser considerado representativo do conjunto total.

As entrevistas semiestruturadas foram gravadas em áudio. A escolha desse instrumento baseou-se nas reflexões teóricas, que afirmam que toda entrevista é uma ação comunicativa, caracterizada como a técnica em que o pesquisador se apresenta ao entrevistado e elabora perguntas, com o intuito de coletar os dados relevantes para a pesquisa (Gil, 2008).

Posteriormente, os áudios foram transcritos e foi realizada uma leitura detalhada dos depoimentos, com o objetivo de extrair trechos das entrevistas que possibilitassem a elaboração dos eixos temáticos

do estudo. Assim, as análises do material coletado seguiram as diretrizes da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que inclui diferentes etapas organizadas em torno de três polos cronológicos: 1) pré-análise ou fase de organização, que visa operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais; 2) fase de exploração do material, na qual os dados brutos são sistematicamente transformados e agrupados em unidades que permitem uma descrição precisa das características relevantes do conteúdo; e 3) fase de tratamento dos resultados, que envolve a inferência e a interpretação.

Resultados e Discussão

Na primeira etapa da pesquisa, 12 servidores responderam ao questionário autoaplicável. No entanto, um participante (8,3%) informou não trabalhar diretamente com o público infantil, e três (25%) possuíam menos de dois anos de atuação como servidores em alguma unidade do CAPSi. Assim, apenas nove servidores (75%) foram considerados elegíveis a partir dos critérios de inclusão/exclusão preestabelecidos para responder ao questionário até o final.

Entre os nove participantes elegíveis, 3 (33,3%) atuam no CAPSi Asa Norte, 3 (33,3%) no CAPSi Sobradinho, 2 (22,7%) no CAPSi Taguatinga e 1 (11,1%) no CAPSi Recanto das Emas. Quanto à faixa etária, 5 (67%) servidores têm entre 40 e 49 anos, 3 (25%) estão na faixa de 30 a 39 anos, e 1 (8%) tem entre 50 e 59 anos. A maioria dos participantes, 8 (88,9%), se identificou como sendo do sexo feminino.

Em relação à categoria profissional, cinco (55,6%) são enfermeiros; dois (22,2%) são terapeutas ocupacionais; uma (11,1%) é fonoaudióloga; e uma (11,1%) é médica psiquiatra. No contexto do trabalho com crianças em sofrimento psíquico, um participante (11,1%) atua há 22 anos nessa área, enquanto três (33,3%) possuem de 11 a 14 anos de experiência, e os quatro demais (44,4%) têm entre dois e seis anos de atuação. Os nove servidores atendem crianças da segunda infância (3 a 6 anos) e terceira infância (6 a 13 anos), dos quais apenas cinco (55,6%) também trabalham com a primeira infância (0 a 3 anos).

Das quatro selecionadas para responder à entrevista semiestruturada, todas são do sexo feminino. Corroborando os achados na literatura, Salvaro e Marian (2021) afirmam que a maioria dos profissionais que atuam na área de saúde mental são mulheres. Essa predominância feminina é evidente em diversas funções voltadas para a atenção ao cuidado, especialmente em carreiras como enfermagem, psicologia e assistência social. Nessas áreas, as mulheres não apenas são maioria, mas também desempenham um papel essencial no cuidado e no suporte emocional aos pacientes.

Com base nas entrevistas realizadas acerca das percepções das servidoras dos CAPSi, referentes às práticas realizadas no acompanhamento de crianças com sofrimento psíquico, emergiram dois eixos temáticos convergentes nos depoimentos. Assim, selecionaram-se trechos de cada participante, os quais foram organizados em eixos temáticos e subtemas (Tabela 1) para facilitar a compreensão dos resultados. Posteriormente, cada eixo temático e seus respectivos subtemas são apresentados individualmente para uma discussão direcionada. Para resguardar a identidade das participantes e melhor compreensão dos resultados, as entrevistadas são indicadas pela letra “E” (que se refere a “Entrevistada”), numeradas progressivamente do número 1 ao 4.

Tabela 1

Resultados da análise temática

Eixos temáticos	Subtemas
Processos de Trabalho	Trabalho em Equipe e Multiprofissional Dispositivos da Clínica Psicossocial Articulação de Rede Brincar, Artes e Recursos
Sofrimento Psíquico	Principais Demandas Critérios de Ingresso no CAPSi Fatores de Risco e Proteção Aumento do Sofrimento Psíquico

Eixo 1: Processos de Trabalho

O primeiro eixo identificado foi sobre os processos de trabalho que as entrevistadas identificaram na sua rotina. Foi observado que esse

é um eixo importante para especificar as estratégias que as entrevistadas percebem acerca do trabalho com sofrimento psíquico com crianças.

Trabalho em Equipe e Multiprofissional

Um subtema que foi reforçado por todas as entrevistadas como um processo facilitador no exercício do acompanhamento das crianças no CAPSi foi o trabalho em equipe e multiprofissional. As profissionais reforçam como o trabalho de equipe e multiprofissional é essencial para as tarefas realizadas e para a segurança que elas sentem ao realizar as atividades: “Eu acho fantástica a potência do que é o trabalho em equipe. A gente sabe que saúde mental é importantíssimo, trabalho em equipe” (E2). Nota-se que o aprendizado ocorreu, principalmente na prática, por meio da observação do trabalho dos colegas.

A relevância do trabalho em equipe na saúde mental é amplamente reconhecida na literatura. Segundo Jafelice et al. (2024), a interação entre profissionais de diferentes especialidades favorece a integralidade do cuidado, permitindo que os usuários do serviço tenham acesso a múltiplas perspectivas terapêuticas. Isso é evidenciado em uma das falas: “Eu acho que os colegas, né, cada um tem suas habilidades, né, cada um tem suas facilidades” (E4), destacando a potência do trabalho coletivo na área da saúde mental.

O modelo de equipes multidisciplinares também é apontado como um diferencial para a qualidade do atendimento: “Outra coisa legal também, eu acho que é essa possibilidade mesmo de um trabalho multidisciplinar. Eu acho que isso faz toda a diferença” (E3). Estudos mostram que equipes diversificadas atendem melhor às demandas complexas dos pacientes (Bezerra et al., 2018). Isso ocorre porque cada profissional traz um conhecimento específico, complementando a assistência prestada.

O trabalho multidisciplinar envolve a colaboração de diversos profissionais, como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, que contribuem com suas especialidades para atender às necessidades dos usuários. Essa abordagem colaborativa permite

a construção de estratégias integradas e assegura a integralidade do cuidado, um princípio essencial do SUS, que considera os aspectos físicos, emocionais e sociais no planejamento e na execução das ações de saúde (Ministério da Saúde, 2004b).

Outro apontamento das entrevistadas como fator positivo foi as “duplas de referências”, e como esse modo de trabalhar contribuiu para o atendimento das crianças no serviço:

[...] eu acho que a parceria da equipe em tentar conseguir, né? Ali, assim da gente, que eu acho que a distribuição dos pacientes, é, entre a equipe ficou mais fácil depois que foi inserido as duplas referências, né? Eu, particularmente, ainda preferiria que fossem em grupos referências, mas o fato já de ser dupla referência já facilitou muito, né? E até para que a gente consiga se organizar internamente. Então, eu acho que isso já facilitou bastante o serviço. E eu acho que quando a equipe trabalha unida, isso tem mais chance de dar certo, né? (E1).

Ribeiro e Miranda (2019) já haviam falado sobre o acolhimento e confiança na equipe como elementos fundamentais para a manutenção do acompanhamento das crianças no CAPSi. O formato de dupla de referência trazido pelas entrevistadas demonstra ser um facilitador para que esses elementos fundamentais aconteçam.

Além disso, a realização de reuniões frequentes entre os profissionais, um momento de compartilhamento de saberes, reforça a ideia de que a troca de informações e a comunicação contínua são fundamentais para o sucesso do trabalho interdisciplinar:

[...] e além disso as mini equipes, as mini reuniões que a gente faz aí no decorrer dos dias, da semana, essa possibilidade de troca, de saber a opinião do outro, de ter ali, a pediatra disponível, o psiquiatra, enfim, os técnicos de enfermagem, né, então a gente tá sempre indo ao lado do outro, essa troca pra mim é fundamental (E3).

Segundo Merhy (2016), espaços de troca como esses possibilitam a construção de um cuidado mais humanizado e eficiente.

Dispositivos da Clínica Psicossocial

Outro tema presente na rotina de trabalho no CAPSi das entrevistadas foram os Dispositivos da clínica psicossocial: “eu participo dos acolhimentos, atividades de grupo, planejamento do Plano Terapêutico Singular e discussão dos casos com as famílias. Eu acho que tem sido nesse contexto, assim, os processos de trabalho” (E1).

A clínica psicossocial tem como convicção o rompimento da perspectiva médica tradicional da clínica individual, ampliando o olhar para os contextos sociais, familiares e comunitários do sujeito. Segundo Amarante (2017), esse modelo enfatiza o cuidado em rede, o fortalecimento da autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais e usuários.

Uma concepção de cuidado que ultrapassa as paredes dos CAPSi é realizada por meio do “matriciamento das atenções básicas, visita domiciliar, atendimentos individuais bem pontuais, assim, para questões que necessitam, necessitam atendimento de crise também acaba que é o que a gente mais faz de atendimentos individuais, né?!” (E2). É evidente que os dispositivos da clínica psicossocial são usados em diferentes unidades: “eu faço o acolhimento, eu faço grupo, atendimentos individuais, matriciamento, visitas domiciliares” (E3).

O matriciamento, conforme descrito por Vieira Filho e Rosa (2011), possibilita a qualificação do cuidado na Atenção Básica ao oferecer suporte às equipes técnicas, promovendo um atendimento mais resolutivo e humanizado. As visitas domiciliares, por sua vez, permitem intervenções mais contextualizadas, permitindo a complexidade das demandas dos usuários (Morais et al., 2021).

A realização de grupos terapêuticos: é também uma estratégia central na clínica psicossocial. Diferentemente de um modelo centrado apenas no indivíduo, os grupos criam espaços de troca e pertencimento, fortalecendo laços comunitários e redes de apoio. De acordo com Sousa et al. (2020), os grupos promovem a expressão subjetiva e coletiva dos participantes, além de favorecer a construção de estratégias compartilhadas de enfrentamento do sofrimento psíquico. Os relatos das entrevistadas reforçam a utilização desse dispositivo na prática, e

evidenciam que uma clínica psicossocial se estrutura a partir de múltiplas estratégias que integram o cuidado individual e coletivo, proporcionando um cuidado ampliado, priorizando o vínculo, a escuta e a corresponsabilidade no cuidado em saúde mental.

Articulação de Rede

Um dos dispositivos que estão preconizados pela clínica psicossocial, que se mostrou muito presente e cuja necessidade de destaque gerou um subtema próprio, é o papel da rede no cuidado das crianças no CAPSi: “trabalho em rede, que é um trabalho que não se faz só” (E2). Este papel é um norteador fundamental das políticas públicas de saúde mental, pois permite a articulação entre diferentes serviços, garantindo um atendimento mais integral e resolutivo (Yasui, 2010; Pitta, 2011), o que possibilita a articulação de diferentes níveis de atenção e setores, ampliando as possibilidades de cuidado e fortalecendo os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

É importante ressaltar que a intersetorialidade é um aspecto fundamental da atenção psicossocial: “Acho que nosso maior parceiro atualmente assim está sendo as equipes eMulti⁶ das UBS” (E2), em que os profissionais não atuam isoladamente, mas em parceria com outros dispositivos: “mas hoje os nossos principais, o nosso principal parceiro é o Conselho Tutelar, sem dúvidas” (E1).

“Hoje, acredito que o Centro Olímpico e a Secretaria de Educação, considerando-se a educação precoce, têm chamado rápido” (E3), demonstrando que o cuidado extrapola os limites da saúde. Como destacam Pitta (2011) e Amarante (2017), o cuidado em saúde mental não pode ser isolado dos demais determinantes sociais da saúde, como educação, assistência social, cultura e esporte. O trabalho em rede amplia o olhar sobre o paciente, permitindo um cuidado mais completo e eficaz.

Apesar da importância do trabalho em rede, sua efetivação enfrenta desafios, como dificuldades de comunicação entre serviços, burocracias

institucionais e falta de integração entre políticas públicas (Nunes et al., 2019). No entanto, experiências bem sucedidas mostram que a criação de fluxos claros e a construção de espaços de diálogo entre os serviços podem fortalecer a rede de cuidado.

Brincar, Artes e Recursos

Um tópico muito importante que apareceu em todas as entrevistas foi o brincar e as artes como recursos essenciais para o atendimento de crianças no CAPSi. O brincar, além de uma atividade prazerosa, é uma das formas mais naturais e eficazes de expressão e aprendizado para as crianças. Segundo Moraes (2009), as brincadeiras ajudam a desenvolver habilidades cognitivas, sociais e físicas, bem como a trabalhar com o lado afetivo, aliviando pressões que o mundo externo impõe, experimentando situações novas, desenvolvendo suas habilidades motoras e comunicativas, além de processar suas emoções de maneira lúdica.

Além disso, o brincar é uma ferramenta de cuidado terapêutico. Crianças que enfrentam situações de estresse, como doenças, hospitalizações ou traumas, podem se beneficiar enormemente de brincadeiras que permitem a expressão de seus sentimentos e medos. Piaget (1976) destaca que o jogo simbólico, um tipo de brincadeira que envolve a representação de situações do cotidiano, é crucial para o desenvolvimento da inteligência e da criatividade nas crianças, além de permitir que elas compreendam e se adaptem à sua realidade de maneira mais saudável.

Corroborando com a literatura sobre o tema, as entrevistadas demonstraram utilizar bastante do elemento lúdico no acompanhamento das crianças no CAPS, como é possível observar na fala a seguir: “Então, é, normalmente são em grupos e a gente tenta fazer de uma forma mais lúdica para o entendimento deles, para eles conseguirem processar e entender o que faz eles sofrerem naquele contexto” (E1).

Além disso, as entrevistadas demonstraram utilizar o brincar como mediador para se aproximar e criar vínculo com a criança, como reforçam os seguintes relatos: “o brinquedo facilita muito a gente aproximar-se da criança” (E2); sendo o brincar o mais explorado: “os recursos materiais que a gente tem,

⁶ eMulti se refere à equipe multidisciplinar, substituto dos antigos NASF-AB pela Portaria GM/MS nº 635.

a principal ferramenta de trabalho realmente são os brinquedos” (E3); o que permite uma infinidade de possibilidades: “nossa, é tanta coisa que a gente usa assim para brincar” (E4). Essa estratégia de brincar para a criação de vínculo é vista por Vigotski (1998), o qual enfatiza que o brincar é um meio de mediação essencial para o desenvolvimento social e intelectual da criança, sendo por meio dele que ela se prepara para desafios mais complexos na vida adulta.

A entrevistada 3 ainda destaca a necessidade de usar a criatividade para o trabalho com crianças: “que a gente usa da nossa criatividade, né? De bolar dinâmica, bolar brincadeira, reunir, usar a criatividade mesmo” (E3). A criatividade, nesse contexto, não é apenas um recurso metodológico, mas uma competência crítica para a construção de vínculos e a expressão simbólica de conflitos, especialmente em serviços como os CAPSi, nos quais a inflexibilidade de modelos tradicionais pode limitar a efetividade do cuidado (Axline, 1947/2012).

Além disso, estudos demonstram que práticas criativas em saúde mental infantojuvenil favorecem a adesão ao tratamento e à redução de estigmas, pois humanizam o cuidado e permitem que as crianças se expressem em linguagens acessíveis (Delfini et al., 2017). Contudo, a demanda por criatividade exige dos profissionais não apenas formação técnica, mas flexibilidade para transcender protocolos rígidos, algo que desafia a estrutura muitas vezes fragmentada dos serviços públicos (Onocko-Campos et al., 2013). Assim, a fala de E3 sintetiza a tensão entre a inovação necessária e as limitações estruturais, reforçando a urgência de políticas que valorizem a capacitação contínua e a autonomia profissional nos CAPSi.

Eixo 2: Sofrimento Psíquico

O segundo eixo identificado nas entrevistas é acerca da percepção das entrevistadas sobre o sobre o sofrimento psíquico manifestado em crianças em si.

Principais Demandas

Sobre as principais demandas que chegam ao CAPSi, há um consenso entre as profissionais

sobre a percepção de um aumento significativo de casos de Transtorno do Espectro Autista (TEA). A observação de E3 de que “acho que a principal demanda de criança que chega é de suspeito de autismo” está alinhada com estudos recentes que apontam para um crescimento expressivo nas notificações de casos de TEA nos serviços de saúde mental infantil (Ives et al., 2024). Esse aumento pode estar relacionado tanto a uma maior conscientização sobre o transtorno quanto à ampliação dos critérios diagnósticos do TEA presentes no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Além do TEA, as entrevistadas também destacam a presença crescente de crianças com sinais de depressão, especialmente em idades mais avançadas. As falas de E3 e E1, respectivamente, apontam que:

Tem chegado muita criança também com sinais de depressão, [...] criança, criança mesmo é a maioria é TEA, né? A gente pega alguns TOD's⁷, ali por dificuldade de socialização. Mas maiorzinho, né? Ali já a partir de uns nove anos. Aí a gente já começa a pegar o sofrimento propriamente dito, de depressivo mesmo.

Estudos apontam que transtornos depressivos na infância e adolescência têm se tornado mais frequentes, possivelmente devido a fatores como aumento do estresse social, uso excessivo de tecnologias e redes sociais e menor contato presencial com pares (Camargo et al., 2023).

Outra questão apontada pela entrevistada E4 é a mudança nas principais demandas de sofrimento psíquico infantil ao longo do tempo. O relato de que “[...] quando eu fiz estágio, a gente entendia muito a psicose infantil. Hoje em dia nem vê mais isso”(E4) sugere uma alteração no perfil dos atendimentos. Estudos indicam que, ainda que as psicoses infantis ainda existam, há uma maior visibilidade e diagnóstico precoce de condições como TEA e Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), que muitas vezes eram confundidos com transtornos psicóticos na infância (Camargo et al., 2023).

Essas observações reforçam a necessidade de adaptação dos serviços de saúde mental infantil

⁷ TOD se refere ao Transtorno Opositor Desafiador.

para responder às novas demandas. Políticas públicas devem priorizar capacitação profissional e ampliação do acesso a diagnóstico e tratamento especializado para TEA e transtornos depressivos, garantindo atendimento integral e adequado às necessidades das crianças atendidas nos CAPSis.

Critérios de Ingresso no CAPSi

Durante o acolhimento de crianças no CAPSi, para avaliar os critérios de quem ingressa no serviço, as entrevistadas relataram que utilizam os critérios da Nota Técnica SEI-GDF n.º 1/2018 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM (Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2018, p. 2) os quais são:

- 4.1.1. Rede de apoio gravemente disfuncional, ausente ou rompida ou
- 4.1.2. Tentativa recente de suicídio (últimos 30 dias) ou
- 4.1.3. Plano específico para cometer suicídio ou
- 4.1.4. Ideação suicida recorrente ou
- 4.1.5. Presença de sintomas psicóticos (alucinações e delírios) com comprometimento significativo do comportamento alimentar (recusa alimentar persistente e/ou comportamentos purgativos recorrentes, com baixo peso e/ou dificuldade de ganhar peso) ou
- 4.1.6. Presença de sintomas psicóticos (alucinações e delírios) com risco de autoagressividade ou agressão a outros ou
- 4.1.7. Presença de sintomas psicóticos (alucinações e delírios), desorganização comportamental, desinibição comportamental associados ao envolvimento em atividades com elevado potencial para consequências danosas (fugas de casa, comportamento sexual de risco, abuso de substâncias psicoativas) ou
- 4.1.8. Agitação psicomotora aguda ou contínua com risco de autoagressividade e agressão a outros ou

4.1.9. Movimento estereotipado com necessidade de monitoramento contínuo e de medidas de proteção para prevenção de lesão grave ou

4.1.10. Distúrbios comportamentais com risco a si ou terceiros, com comprometimento da interação e comunicação social, associados a comportamentos repetitivos e interesses restritos ou

4.1.11. Alta hospitalar recente (últimos 30 dias) por internação decorrente de crise psíquica.

As falas das entrevistadas sobre a avaliação do sofrimento psíquico infantil destacam a complexidade de mensurar a gravidade desse fenômeno, que transcende diagnósticos clínicos e envolve dimensões contextuais, familiares e sociais. As profissionais alinham-se a uma perspectiva biopsicossocial, amplamente defendida na literatura sobre saúde mental infantojuvenil (Bronfenbrenner, 1996/1979; OMS, 2022), ao priorizarem a “gravidade do sofrimento” e fatores como vulnerabilidade social, dinâmicas familiares disfuncionais e manifestações de agressividade ou isolamento. Esses elementos são demonstrados nas falas de E1 e E3 quando dizem:

[...] eu acho que a gravidade do sofrimento, né? Assim não a gravidade da patologia em si, mas a gravidade do sofrimento, seja da própria criança, seja do contexto que ele está, seja ou pela situação de vulnerabilidade ou pelo uma família muito distorcida, né? (E1).

Tem que apresentar uma rede disfuncional ou uma agressividade, uma heteroagressividade importante, né? A autoagressividade ou a heteroagressividade importante. Sinais de sofrimento, tipo um isolamento, riscos, né de suicídio, enfim, acho que, de uma forma geral, é isso mesmo. Um sofrimento psíquico grave mesmo, né? (E3).

Essa abordagem reconhece que o sofrimento não se restringe a sintomas individuais, mas é moldado por interações entre a criança, sua família e o ambiente socioeconômico, exigindo uma avaliação multidimensional (Delfini et al., 2017; Kieling et al., 2011).

No entanto, como apontado por E4, a subjetividade na avaliação e a pressão para acolher casos em contextos de vulnerabilidade extrema geram dilemas éticos e práticos.

[...] mas em alguns casos a gente não é tão perceptível assim que a gente fica muito na dúvida, né? E por conta da vulnerabilidade, muitas vezes a gente acaba ficando com essa criança e a família não tem nenhum outro tipo de tratamento. E a gente acaba ficando com essa criança que talvez não esteja em sofrimento psíquico severo (E4).

A fala revela a tensão entre critérios clínicos e demandas sociais, um desafio recorrente em serviços públicos como os CAPSi.

Estudos demonstram que a escassez de recursos e a fragilidade das redes de apoio frequentemente levam os profissionais a assumirem casos que, em contextos ideais, seriam acompanhados por outros dispositivos (Couto et al., 2008; Onocko-Campos et al., 2013). Essa realidade ressalta a necessidade de instrumentos avaliativos mais precisos e formação continuada para equilibrar acolhimento humanizado e eficácia clínica, conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde em diretrizes sobre saúde mental infantil (OMS, 2022).

Fatores de Risco e Proteção

A observação do contexto da criança é algo que foi pontuado no subitem anterior, e é reforçado quando as entrevistadas se aprofundam nos fatores de risco e proteção. O fator de proteção que se destacou foi a rede de apoio; elas também focaram na identificação de fatores que, dependendo do contexto, podem ser de risco ou de proteção:

[...] e da mesma forma, acho que os fatores protetivos são os mesmos, né? Assim, quando ela tem uma rede de apoio, quando tem pessoas que podem contar” (E1). A gente vê que a família pode ser um fator de risco e de proteção. Acho que tudo pode ser fator de risco e de proteção, né?! (E4).

As observações das entrevistadas em relação ao contexto revelam um olhar sobre os fatores de

maneira singular na história de cada indivíduo. Isso corrobora Vigotski (2018), quando o autor refere que as mesmas condições do meio influenciam de maneiras diferentes em cada criança e que há a necessidade de avaliar a sua história, contexto e desenvolvimento.

Além da qualidade da rede de apoio, as entrevistadas destacaram a prática de atividades extracurriculares, como as esportivas e as artísticas, como um fator protetivo relevante:

[...] o centro olímpico também supre um pouco nessa questão de atividade física, né, auxilia bastante também” (E3). Mas eu vejo, assim, o esporte como um fator de proteção muito importante. O que mais? A cultura, né, skate, pintura, toda essa linguagem artística, acho que ela é muito importante (E4).

Os relatos destacam a importância dos fatores de proteção para o desenvolvimento infantil saudável. Elementos como a rede de apoio, o suporte familiar, o esporte e a cultura desempenham um papel essencial na promoção da saúde mental. Para reforçar esses aspectos, é crucial que as políticas públicas promovam o acesso a atividades esportivas e culturais, além de investir no fortalecimento das relações familiares e comunitárias (Maia & Williams, 2005).

Aumento do Sofrimento Psíquico

Os relatos das entrevistadas evidenciaram um aumento significativo nos casos de sofrimento psíquico entre as crianças: “e tem aumentado muitos casos de sofrimento psíquico, e isso é uma coisa que eu notei lá no CAPSi e acho que os outros CAPSi também deve estar acontecendo isso” (E2). Bem como uma mudança no perfil da demanda atendida pelos CAPSi:

[...] hoje em dia, a questão do sofrimento, das crianças e adolescentes, pode estar em qualquer criança e adolescente, ela tendo transtorno ou não. Então, isso tem aumentado cada vez mais, é, o público tem se transformado, assim, o público do CAPSi (E2).

Nos últimos anos, diversos estudos têm apontado para um crescimento da prevalência de

sofrimento psíquico em crianças e adolescentes. Segundo Benczik (2016), fatores como a intensificação do ritmo de vida, a pressão escolar, o uso excessivo de tecnologia e as mudanças nas configurações familiares podem contribuir para o aumento de quadros de ansiedade, de depressão e de outros transtornos emocionais. Além disso, a pandemia da COVID-19 trouxe impactos significativos na saúde mental infantil, exacerbando questões como isolamento social, insegurança e conflitos familiares (Bianchini et al., 2023).

Outro ponto relevante abordado pelas entrevistadas é a relação entre o sofrimento psíquico da criança e o adoecimento familiar: “crianças que você vê que os pais estão adoecidos também” (E4). Por vezes, o sofrimento infantil pode estar relacionado às dificuldades emocionais e psicossociais vivenciadas pelos responsáveis: “talvez o sofrimento não esteja tão presente nele (criança). Talvez na família” (E4).

Essa visão é corroborada por Matsukura et al. (2012), que aponta que o ambiente familiar tem um impacto significativo no desenvolvimento psicológico da criança, podendo tanto ser um fator de proteção quanto de risco para transtornos mentais.

Diante disso, a atuação da equipe do CAPSi não se restringe ao atendimento individual da criança ou do adolescente, mas se estende ao suporte familiar, buscando promover mudanças que favoreçam um ambiente mais saudável. Como argumenta Costa-Rosa (2000), a abordagem da saúde mental infantojuvenil deve considerar estratégias intersectoriais e comunitárias, ampliando o cuidado para além do consultório e envolvendo a família, a escola e outros dispositivos de apoio.

Considerações Finais

Considerando o objetivo de compreender a atuação dos servidores de saúde que trabalham com a infância, a partir de suas narrativas, em relação ao atendimento das crianças acompanhadas nos CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil) do Distrito Federal, foram reveladas a complexidade e a riqueza do trabalho realizado na assistência a crianças em sofrimento psíquico. Os dados indicam

a predominância feminina entre profissionais nesse contexto de atuação, refletindo uma tendência observada em diversas áreas da saúde mental. Essa realidade destaca a importância da equipe multiprofissional e do trabalho em rede no cuidado integral às crianças, em que o compartilhar de saberes entre diferentes especialidades tem se mostrado vital para o sucesso do atendimento.

Os eixos temáticos emergentes da pesquisa — Processos de Trabalho e Sofrimento Psíquico — com os seus respectivos subtemas — Trabalho em Equipe e Multiprofissional; Dispositivos da Clínica Psicossocial; Articulação de Rede; Brincar, Artes e Recursos; e Principais Demandas; Critérios de Ingresso no CAPSi; Fatores de Risco e Proteção; e Aumento do Sofrimento Psíquico — sublinham a necessidade de abordagens que transcendam o modelo médico tradicional, enfatizando a importância de um cuidado que considere o contexto social e familiar da criança. A formação continuada dos profissionais e a implementação de políticas públicas que apoiem a capacitação são fundamentais para lidar com o aumento das demandas, especialmente no que diz respeito a transtornos como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a depressão infantil.

Por fim, como sugestão para pesquisas futuras, seria interessante o foco na adaptação dos serviços às novas realidades e desafios apontados, promovendo um cuidado mais humanizado, que reconheça a singularidade de cada criança e a complexidade do sofrimento psíquico. A criação de ambientes de trabalho saudáveis e colaborativos, aliados a uma visão integral da saúde mental, pode contribuir significativamente para a eficácia do tratamento oferecido nos CAPSi, beneficiando tanto as crianças quanto suas famílias.

Referências

- Amarante, P. D. C. (2017). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Fiocruz.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. (5a Ed.). Artmed.
- Ariès, P. (1986). *História social da criança e da família*. (2a Ed.). Editora Guanabara.
- Axline, V. M. (2012). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Houghton Mifflin Harcourt. (Original publicado em 1947)
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Benczik, E. B. P. (2016). *Psicopatologia da Infância e Adolescência*. Pearson.
- Bezerra, E. B. N., Silva, E. F. da, Máximo, T. A. C. de O., & Melo, J. S. V. B. de. (2018). O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(1), 169-188. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Bianchini, L. V., Nascimento, M. C., Botelho, R. P., & Aros, M. S. (2023). *Impacto na saúde mental de crianças e adolescentes pós pandemia*. Seven Editora. <https://doi.org/10.56238/medfocoexplconheci-050>
- Bronfenbrenner, U. (1996). A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados (M. A. V. Veronese, Trad.). Artmed. (Trabalho original publicado em 1979).
- Camargo, L. G. G., de Oliveira, I. B., Bonini, J. S., Rangel, J. da S. B., Losso, R., Weber, A. L., & Abreu, I. S. (2023). Situação atual de saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil. *Brazilian Journal of Development*, 9(1), 1997–2010. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n1-138>
- Cardoso, C. S., Coimbra, V. C. C., Andrade, A. P. M., Martins, M. F. D., Guedes, A. C., & Pereira, V. R. (2020). Trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190166. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190166>
- Cervo, M. R., & Silva, R. A. N. (2014). Um olhar sobre a patologização da infância a partir do CAPSi. *Revista Subjetividades*, 14(3), 442-452. <https://doi.org/10.5020/23590777.14.3.442-452>
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*, pp.141-168. Fiocruz.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 390-398. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400014>
- Delfini, P. S. de S. (2015). *O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças* [Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo].
- Delfini, P. S. S., Bastos, I. T., & Reis, A. O. A. (2017). Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(12), e00145816. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145816>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6a Ed.). Atlas.
- Ives de Freitas Soares Borges, L., Rosa Yamamoto, I., da Silva Lopes, A. P., Alexandre Melo, A., Otoni de Siqueira, B., Leite Pereira, B., & Miranda Tozetti de Souza, C. (2024). Aumento nos casos de Transtorno do Espectro Autista em crianças: fatores e implicações. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(11), 3697–3705. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n11p3697-3705>
- Jafelice, G. T., Ziliotto, G., & Marcolan, J. F. (2024). Trabalho multiprofissional e integralidade do cuidado na percepção dos profissionais do CAPS. *Psicologia Em Estudo*, 29, e54902. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v29i1.54902>
- Kantorski, L. P., Coimbra, V. C. C., Oliveira, N. A., Nunes, C. K., Pavani, F. M., & Sperb, L. C. S. O. (2017). Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(3), e1890014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001890014>

- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., ... & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990, 16 de julho). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001, 9 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Maia, J. M. D., & Williams, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13(2), 91-103. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2005000200002&lng=pt&tlng=pt
- Matsukura, T. S., Fernandes, A. D. S. A., & Cid, M. F. B. (2012). Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 23(2), 122-129. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i2p122-129>
- Merhy, E. E. (2016). *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde*. (2a Ed.). Editora Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2004a). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
- Ministério da Saúde. (2004b). Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf
- Ministério da Saúde. (2010). *Ambiência* (2a ed.). Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf
- Morais, A. P. P., Guimarães, J. M. X., Alves, L. V. C., & Monteiro, A. R. M. (2021). Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3). <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>
- Morais, M. L. S. (2009). Ludicidade, humor, diversão e participação social: motivos de bem-estar em todas as idades. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, (47), 84-86.
- Moura B. R., Amorim M. F., Reis A. O. A., Matsukura T. S. (2022). Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cad Saúde Pública*, 38(11), e00087522. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT087522>
- Nunes, C. K., Olschowsky, A., Silva, A. B. da., Kantorski, L. P., & Coimbra, V. C. C. (2019). Saúde mental infantojuvenil: visão dos profissionais sobre desafios e possibilidades na construção de redes intersetoriais. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 40, e20180432. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180432>
- Onocko-Campos R. T., & Furtado J.P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (Caps) do sistema único de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5): 1053-62. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>
- Onocko-Campos, R., Furtado, J. P., & Passos, E. (Eds.). (2013). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: Desenho participativo e efeitos da narrativa*. Editora Hucitec.
- Organização Mundial de Saúde. OMS. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. OMS.
- Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. (2002, 20 de fevereiro). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

- Piaget, J. (1976). *A psicologia da criança*. Editora Martins Fontes.
- Pitta A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cien. Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-89. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>
- Ribeiro C. M. R., & Miranda L. (2019). Demandas a um CAPSi: o que nos dizem os responsáveis por crianças e adolescentes em situação de sofrimento psicossocial. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 40(1), 43-62. Recuperado: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-54432019000100004&lng=pt&tlng=pt
- Ribeiro, P. R. M. (2006). História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicol Estud.*, 11(1), 29-38. Recuperado: <https://www.scielo.br/j/pe/a/GjFSBSrN6CLgwN9k74t7YFr/abstract/?lang=pt>
- Salvaro, G. I. J., & Mariano, P. (2021). Saúde mental de trabalhadoras em estudo: contribuições ao debate de gênero. *Psicologia em Estudo*, 26, e44059. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.44059>
- Secretaria de Saúde do Distrito Federal. (2018). *Nota Técnica SEI-GDF n.º 1/2018 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM*. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Nota+Tecnica+N.%C2%BA+1-2018+-+SES-SAIS-COASIS-DISSAM++Critérios+para+encaminhamento+de+Crianças+e+Adolescente+para+os+Serviços+de+Sa%C3%BAde+Mental+Infanto-Juvenil+da+Atenção+Secundaria..pdf/61c0c2d3-1ebb-9564-97f1-860b221bb034?t=1717501690948>
- Secretaria de Saúde do Distrito Federal. (2022). *Saúde Mental do DF em Dados. Relatório*. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Sa%C3%BAde+Mental+em+Dados+-+Junho+de+2022.pdf/17564048-02b5-093e-e1b4-dd023f203874?t=1661350077235>
- Sousa, J. M., Vale, R. R. M. do., Pinho, E. S., Almeida, D. R. de., Nunes, F. C., Farinha, M. G., & Esperidião, E. (2020). Effectiveness of therapeutic groups in psychosocial care: analysis in the light of yalom's therapeutic factors. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73, e20200410. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0410>
- Souza, A. C. (2006). Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. *Esc Anna Nery Enferm*, 10(4): 703-10. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000400012>
- Silva J. S., Leite H. D. C. S, Fernandes M. A., Nogueira L. T., Avelino F. V. S. D., & Rocha S.S. (2020). Os determinantes sociais do sofrimento mental infantil. *Enf Foco*, 11(1): 164-9. Recuperado: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/2671/723>
- Vieira Filho, N., & Rosa, M. D. (2011). Clínica psicossocial: articulando saúde mental e a estratégia saúde da família. *Mental*, 9(16), 303-326. Recuperado: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100006&lng=pt&tlng=p
- Vigotski L. S. (2018). *Sete aulas de L. S. Vigotski sobre os fundamentos da pedagogia*. (Z. Prestes e E. Tunes, Orgs., Trad.). E-Papers.
- Vigotski, L. S. (1998). *A formação social da mente: O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. Editora Martins Fontes.
- Vincentin, M. C. G. (2006). Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(1), 10-17. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v17i1p10-17>
- Yasui, S. (2010). A Reforma Psiquiátrica e os desafios na construção de uma rede de atenção psicossocial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 2309-2318. <https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>

Automutilação em Adolescentes: um Estudo no Contexto de um Grupo Terapêutico

Giovana Medeiros Monteiro¹  e Vilma Valéria Dias Couto² 

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Minas Gerais, Brasil

Resumo: Este estudo apresenta uma pesquisa interventiva, cujo objetivo foi compreender os significados atribuídos à automutilação na adolescência a partir da experiência em um grupo terapêutico. Participaram cinco adolescentes do sexo feminino, com idades entre 14 e 17 anos, em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e a Adolescência (CAPSij) de uma cidade do interior de Minas Gerais. O grupo foi realizado em oito encontros e sua proposta analítica foi organizada em três eixos temáticos: o corpo em evidência na automutilação; o outro e a problemática da automutilação na adolescência; e as possibilidades terapêuticas do grupo com adolescentes que se machucam. Os resultados indicaram que o corpo constitui, simultaneamente, o meio de expressão de uma angústia não simbolizada e o elemento que motiva o ato de automutilar-se, sobretudo em um contexto cultural marcado por ideais de individualismo e perfeição. Evidenciou-se, ainda, a busca das adolescentes por validação do sofrimento e a dimensão de apelo ao outro, especialmente à mãe, envolvida no ato. Constatou-se que o dispositivo grupal configura um importante recurso terapêutico, por favorecer os processos de identificação, de escuta e de legitimação da dor psíquica.

Palavras-chave: adolescentes, automutilação, terapia de grupo

Self-harm in Adolescents: a Study in the Context of a Therapeutic Group

Abstract: This study presents an interventional research aimed at understanding the meanings attributed to self-injury in adolescence through the experience of a therapeutic group. Five female adolescents aged 14 to 17 years, who were receiving care at a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij) in a city in the interior of Minas Gerais, participated in the study. The group consisted of eight sessions, and its analytical proposal was organized around three thematic axes: the body in evidence in self-injury; the other and the issue of self-injury in adolescence; and the therapeutic possibilities of group work with adolescents who self-harm. The results indicated that the body simultaneously functions as a means of expressing unrepresented anguish and as an element that motivates self-injurious acts, especially within a cultural context marked by ideals of individualism and perfection. The adolescents' search for validation of suffering and their appeal to the other—particularly the mother—were also highlighted. Finally, the group setting proved to be an important therapeutic resource, fostering identification processes, listening, and legitimization of psychic pain.

Key-words: adolescents, self-harm, group space

¹ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Pós-graduanda em Psicanálise e Análise do Contemporâneo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Psicóloga Clínica. *E-mail:* giovanamonteiro0411@gmail.com

² Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Coordenadora do Laboratório de Estudo e Pesquisa em Psicanálise da UFTM. *E-mail:* vilma.couto@uftm.edu.br

Submetido em: 22-03-2025. Primeira decisão editorial: 15-04-2025. Aceito em: 30-10-2025.

Introdução

Tem crescido o número de adolescentes provocando lesões no próprio corpo intencionalmente, sendo os cortes na pele, as queimaduras, os arranhões, as mordidas, o bater de partes do corpo contra paredes ou contra objetos e o agravamento de ferimentos são os métodos mais comuns para isto (Giusti, 2013; Tardivo, Salles & Gabriel Filho, 2013). No Brasil, entre 2011 e 2022, a taxa de notificações por autolesões entre jovens de 10 a 24 anos evoluiu 29% ao ano, superando a taxa mundial geral da pesquisa de 21% ao ano, no período analisado (Sebastião, 2024). Dessa forma, o fenômeno da automutilação tem exigido atenção dos profissionais da saúde, especialmente da saúde mental, pois esse comportamento pode indicar problemas psicológicos e envolver risco de vida.

Revisitando a literatura acerca do tema, observa-se que o termo automutilação é utilizado para fazer referência a variadas modalidades de atos de um indivíduo direcionados ao próprio corpo, com o objetivo de se ferir e provocar dor, sem intenção suicida (Alves, 2023). De acordo com Giusti (2013), existem mais de 30 termos diferentes usados para definir a automutilação. Também há grande variação nas formas de conceituar o termo e na definição de seus determinantes (Moreira et al., 2020).

A primeira tentativa de descrição formal do fenômeno remete a Menninger (1938/1970, como citado em Araújo et al., 2016), que, baseado na teoria freudiana a respeito da pulsão de vida e de morte, afirmava que a automutilação seria uma ação tomada pelo sujeito para se tranquilizar e evitar o suicídio – assim, haveria vitória da pulsão de vida, com sacrifício de apenas uma parte do corpo em troca da sobrevivência total do indivíduo.

Em 1972, Rosenthal e colaboradores descreveram a denominada “Síndrome do cortador de punhos”, utilizada para caracterizar pacientes que apresentavam vários episódios de cortes nessa parte do corpo. Tais pessoas relataram experimentar sentimentos de vazio existencial e angústia, antes da automutilação, bem como uma sensação de alívio durante e após o ato (Alves, 2024). No estudo de Favazza e Conterio (1989), pacientes que relatavam

ansiedade, despersonalização e pensamentos acelerados antes do ato, experimentavam com os cortes um abrandamento momentâneo das sensações desagradáveis. Geralmente o comportamento tem início na adolescência, entre os 12 e 14 anos de idade, sendo mais frequente no sexo feminino, como demonstrado pelo estudo de Pinheiro et al. (2021), e pode se estender por 10 anos ou mais (Moraes et al., 2020).

Embora haja relatos de que a automutilação possa proporcionar sensações posteriores de alívio e bem-estar, tais efeitos são geralmente transitórios e tendem a ser sucedidos por sentimentos de vergonha ou culpa, o que pode levar à repetição do ato na tentativa de recuperar a sensação inicialmente experimentada (Giusti, 2013). Favazza (1996) diferencia automutilação do suicídio, apontando que, apesar de frequentemente associados, na tentativa de suicídio a intenção é morrer, tendo o fim como objetivo, enquanto na automutilação busca-se apenas um alívio de sentimentos indesejados, o que tem por objetivo final a transformação, a mudança do estado emocional do sujeito, reduzindo as emoções negativas.

Na última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, texto revisado DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2023), a automutilação é descrita como sintoma de diferentes transtornos, como no Transtorno de Escoriação, no Transtorno de Personalidade Borderline, na Amnésia Dissociativa, no Transtorno Dissociativo de Identidade e na Tricotilomania (APA, 2023). Entretanto, no capítulo deste manual denominado “Condições para Estudos Posteriores”, ela é apresentada como uma entidade nosográfica autônoma, sob o termo “Transtorno da Autolesão Não Suicida”. Esse capítulo é reservado às condições que necessitam de mais pesquisas e revisão dos seus critérios diagnósticos para que possam resultar em uma nova categoria diagnóstica nas próximas edições do manual.

Considerando que diferentes termos são utilizados para se referir ao comportamento de provocar dano físico ao próprio corpo, a presente pesquisa optou pelo uso do termo “automutilação”, por ser o mais adotado na literatura nacional e entre os adolescentes (Ribeiro, Leite & Couto, 2022). Deste

modo, diferentes formas de autolesão são abarcadas sob o termo “automutilação”, a saber: cortar-se, arranhar-se, bater-se, queimar-se, dentre outros; sendo associada ao equivalente em inglês *self-harm* (Rufino, 2021; Venosa, 2015 como citado em Esposito, 2022).

Tendo em vista a frequência da automutilação na adolescência, torna-se relevante compreender esse fenômeno no contexto das transformações que envolvem esse período da vida. A adolescência é marcada por grandes transformações biológicas, sociais e psíquicas. Para a psicanálise, trata-se de um período de fragilidade psíquica, no qual o indivíduo se encontra em um momento de maturação do corpo, mas ainda sem a autorização para realizar os valores sociais concedidos aos adultos (Calligaris, 2011).

Na adolescência ocorre um intenso trabalho psíquico; o sujeito passará pela reconstrução de sua imagem corporal, pela reedição das questões edípicas e por uma retomada de suas questões a respeito dos laços com o outro. O adolescente tende a tomar distância das figuras parentais, a fim de investir em novos vínculos e identificações (Castro et al., 2023). Assim, nessa etapa da vida, o grupo de iguais é de grande importância, podendo oferecer modelos identificatórios. Os amigos assumem papel fundamental nos novos caminhos a serem percorridos pelo adolescente. Além disso, é comum que o adolescente experimente sentimentos relacionados à perda, como os lutos pela perda do corpo infantil, dos papéis infantis, de antigos elementos de referência nas relações interpessoais e de partes constituintes do próprio eu (Gorayeb, 1986).

Na tentativa de processar o excesso pulsional vivenciado, os adolescentes podem engajar-se nas chamadas “patologias do agir”, que envolvem comportamentos de risco, como toxicomanias, alcoolismos e a própria automutilação, a fim de tentar impor um limite corpóreo à nova vida, sem limites, que lhes é apresentada pelo mundo social adulto (Jeammet & Corcos, 2005; Lopes, 2020). Nesse sentido, entende-se que a psicanálise fornece conhecimentos importantes para a compreensão dos aspectos emocionais e subjetivos relacionados à prática da automutilação, e para a intervenção nos padecimentos psíquicos adolescentes. Na clínica

psicanalítica com adolescentes, é comum que eles se expressem mais pela via do agir e do corpo do que por meio da linguagem verbal, já que as palavras se mostram insuficientes frente à intensidade das vivências experimentadas em seu interior (Castro et al., 2023).

Em relação aos agires dos adolescentes sobre o corpo, Le Breton (2010) entende que são tentativas de controlar um universo interior que excede, e de elaborar uma relação menos confusa entre o eu e o outro. Nas palavras do autor, a “lesão tenta romper a dissolução, ela testemunha a tentativa de reconstituir a relação interior-exterior através de uma manipulação dos limites de si mesmo” (Le Breton, 2010, p. 30). Assim, a possibilidade de acompanhar clinicamente os adolescentes no trabalho de inscrever os seus agires no campo da palavra reside na oferta de um espaço de escuta em que eles possam expressar os seus sofrimentos e as suas vivências. Nesse sentido, o espaço grupal pode se mostrar bastante promissor no trabalho de escuta ao adolescente que se automutila.

O trabalho em grupo configura-se como um dispositivo de promoção da saúde, favorecendo a construção de novos significados e o desenvolvimento de aprendizagens a partir dos questionamentos e problematizações que emergem nesse contexto. Além disso, contribui para o processo individual de desenvolvimento, apresentando, portanto, um potencial terapêutico (Andrade, 2023; Bastos, 2010). No grupo psicanalítico de reflexão, a ênfase é deslocada para o conhecimento advindo da vivência em grupo, sendo ideal para a livre associação de ideias em conjunto e proporcionando a promoção de saúde (Emílio, 2021; Oliveira Jr., 2002, citado por Emílio, 2021).

A literatura científica menciona que o dispositivo de grupo se mostra válido para o trabalho com adolescentes. Segundo Furniss (1993), com adolescentes, a terapia de grupo é preferível em relação à terapia individual, tendo em vista que o grupo permite que eles não se sintam mais isolados ou diferentes dos seus pares, de modo que fazem parte de um conjunto de semelhantes (Padilha & Gomide, 2004). Para Bion (1975), o grupo permite o estudo de aspectos individuais e evidencia

fenômenos psicológicos que não são visíveis de outra forma que não no contexto grupal.

Em grupo, os adolescentes podem constituir uma nova identidade intermediária entre a família e a sociedade e exercer novos papéis, além de se sentirem mais seguros para se exporem (Esposito, 2022). Coutinho e Rocha (2007) consideram que os grupos são importantes espaços de fala e de reconhecimento, bem como de suporte para novas identificações. Enquanto na terapia individual, os adolescentes poderiam consolidar e descartar identificações na relação dual com o terapeuta, no grupo terapêutico ocorreria o mesmo, mas com a vantagem de uma maior variedade de identificações possíveis, com os vários pares.

Dessa forma, a partir da oferta de um grupo terapêutico a adolescentes com prática de automutilação, esta pesquisa almeja compreender a automutilação na adolescência, buscando responder às seguintes questões: Como os adolescentes com automutilação explicam esse comportamento? Que aspectos subjetivos estão envolvidos na automutilação dos adolescentes? Quais os efeitos terapêuticos do uso do dispositivo de grupo para esses adolescentes?

Método

Trata-se de uma pesquisa interventiva, que conta com abordagem qualitativa para a coleta das informações e que foi conduzida por meio de dispositivo grupal. Esta pesquisa interventiva se baseia em uma intervenção por parte dos pesquisadores e dos participantes na realidade em foco (Baptista, Noguchi & Calil, 2006).

O grupo teve como participantes cinco adolescentes com idades entre 14 e 17 anos, do sexo feminino, com escolaridade variada e com autorrelatos de automutilação (Tabela 1). As jovens residiam em uma cidade do interior de Minas Gerais e recebiam atendimento no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij) do município em que foi realizada a pesquisa. A seleção das participantes foi deliberada pela equipe do CAPSij, com base nos critérios de inclusão: adolescentes, de 12 a 17 anos, com histórico de automutilação e em atendimento no CAPSij.

As responsáveis pelas adolescentes indicadas para a pesquisa participaram de um encontro inicial, com o objetivo de conhecer a proposta e consentir a participação da menor, por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As adolescentes também assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

A fim de preservar o anonimato das participantes, foi solicitado que elas escolhessem nomes fictícios para serem utilizados no relato da pesquisa. Nenhuma das adolescentes se conhecia previamente à constituição do grupo, no entanto, todas já estavam em acompanhamento no CAPSij há pelo menos seis meses. Algumas das razões pelas quais as jovens chegaram ao atendimento diziam respeito, além de à automutilação, a tentativas de autoextermínio, histórico de abusos sexuais, diagnósticos de transtorno depressivo maior, dentre outros.

Tabela 1

Caracterização do grupo de adolescentes

PARTICIPANTE	IDADE	ANO ESCOLAR	TIPO DE AUTOMUTILAÇÃO PRATICADA
Adjidja	14	8º ano do Ensino Fundamental II	Cortes
Kalifyta	14	9º ano do Ensino Fundamental II	Cortes, arranhões, agravar feridas, se bater
Marina	14	9º ano do Ensino Fundamental II	Cortes e arranhões
Pérola	15	9º ano do Ensino Fundamental II	Cortes e arrancar cabelos
Vanya	17	3º ano do Ensino Médio	Cortes

O trabalho de intervenção foi realizado por meio de um grupo psicanalítico de reflexão. A opção por esse tipo de grupo foi feita considerando a possibilidade da livre associação de ideias em conjunto, e com expectativa de resultados terapêuticos para os integrantes do grupo (Oliveira Jr., 2002 como citado em Emílio, 2021).

O grupo foi classificado como fechado, por não permitir a entrada de novos participantes após o recrutamento dos integrantes e início dos encontros; e de caráter homogêneo, devido aos critérios de agrupamento (critérios de inclusão). O grupo também foi heterogêneo em relação à idade das adolescentes, que estiveram inseridas dentro da faixa de 14 a 17 anos (Fernandes & Santeiro, 2021).

Os encontros foram conduzidos pela primeira autora deste estudo e contaram com a colaboração de uma pesquisadora-auxiliar para registrar os encontros. Uma psicóloga da instituição, Ingrid (nome fictício), acompanhou as intervenções grupais.

O grupo aconteceu semanalmente, no período de março a abril de 2024. Foram realizados oito encontros no total, com duração média de uma hora cada. Como recursos mediadores, foram utilizados vídeos, textos e músicas para estimular as reflexões e discussões grupais a respeito das vivências relacionadas à automutilação. Previamente a cada encontro, era realizado um planejamento, considerando os objetivos da pesquisa e também as demandas e interesses das adolescentes.

A análise dos registros dos encontros grupais foi realizada conforme a Análise de Conteúdo de Turato (2003), seguindo as seguintes fases: preparação do material (processo de editoração dos registros); pré-análise (realização de leituras flutuantes, visando encontrar conteúdos manifestos e latentes relevantes); categorização e subcategorização (destacamento de temas por relevância ou repetição e eventuais reagrupamentos), validação externa (discussão com orientadora) e apresentação dos resultados (acompanhados de extratos das falas das participantes), discutidos com base em aportes teóricos do campo da psicanálise.

A pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do

Triângulo Mineiro, sob parecer nº 4010, e todos os procedimentos realizados atenderam às exigências da Resolução 510/2016 do CNS/MS.

Resultados e Discussão

Os resultados são apresentados em duas partes: na primeira, são descritas as informações relativas ao processo do grupo, considerando objetivos, os recursos e as dinâmicas utilizadas em cada encontro, bem como algumas impressões gerais acerca da experiência grupal; na segunda parte, com base na análise de conteúdo dos registros de campo, são discutidos os resultados com fundamento em três categorias de análise definidas a partir dos objetivos deste estudo.

A Proposta de Grupo com as Adolescentes

Inicialmente, foi realizado um “encontro de aproximação”, com o objetivo de apresentar a proposta do grupo para os possíveis participantes e seus responsáveis, e obter os respectivos consentimentos. O primeiro encontro oficial do grupo contou somente com a presença das adolescentes, que concordaram em participar da pesquisa. Teve início com uma exposição dos combinados do grupo, com dinâmicas de apresentação e interação para favorecer o vínculo. A discussão das adolescentes centrou-se em identificar semelhanças e diferenças entre elas.

No segundo encontro, utilizou-se a Técnica do Boneco Vazio (Moraes et al., 2020), inicialmente de forma adaptada e, em seguida, da forma originalmente proposta. A técnica explora uma imagem simples que representa um corpo com um coração no peito, de modo que as participantes devem preencher o desenho com palavras ou ideias, guiadas pelas seguintes frases: “Quando eu me automutilo, eu penso...”; “Quando eu me automutilo, eu sinto...”; “O desejo, a vontade, a necessidade da automutilação aparecem quando...”. Na versão adaptada, foram distribuídas duas folhas iguais, com o mesmo desenho do corpo com o coração, e foi solicitado que as adolescentes preenchessem a cabeça com os pensamentos que lhes eram mais frequentes, o coração com aquilo que mais sentem e

os membros com a forma como sentem e veem seus corpos. Nesse momento, já apareceram percepções negativas acerca do próprio corpo, e relatos espontâneos sobre automutilação. Após essa etapa, foi aplicada a técnica original.

Tendo em vista os conteúdos abordados e relatados no primeiro e no segundo encontro, no terceiro as adolescentes foram convidadas a falarem a respeito de suas características e dificuldades pessoais que envolviam insegurança, tristeza e sofrimentos psicológicos, os quais podem se manifestar por meio de ansiedade e depressão. Para tanto, fez-se uso do curta-metragem “Overcomer” (Grace, 2016) e da música “Setevidas” (Pitty, 2014), a fim de estimular diálogos sobre os assuntos visados.

O quarto encontro contou com o uso do Baralho Terapêutico – Prevenção do suicídio na internet (Scavacini et al., 2020), o qual continha 40 cartas com perguntas relacionadas a temas possivelmente sensíveis, como comportamento suicida, automutilação, depressão, *bullying*, entre outros. Foi solicitado que cada participante retirasse uma carta, lesse a pergunta e respondesse, e depois esta era discutida entre todos do grupo. A discussão acabou por focar principalmente as relações sociais e familiares.

Considerando os relatos do encontro anterior, o quinto encontro buscou trabalhar maneiras de enfrentamento de conflitos interpessoais. Iniciou-se exibindo um curta-metragem que tratava do tema, “Purl” (Pixar, 2018), seguido de uma apresentação das “Etapas para Resolução de Problemas” da Cartilha para Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Quesada et al., 2020). Depois, apoiada em uma história fictícia de uma adolescente de 15 anos, as participantes foram estimuladas a discutir em conjunto como lidariam com os problemas da personagem a partir do que foi trabalhado no encontro.

No sexto encontro foi proposta uma discussão sobre o autoconhecimento e a busca pelo prazer e pela felicidade, utilizando como estímulo o curta-metragem “Happiness” (Cutts, 2017). Após uma discussão inicial, as adolescentes receberam uma “ficha de RPG” adaptada. “RPG” é uma sigla que se refere a “*Role-Playing Game*”, um tipo de jogo

em grupo em que cada participante atua de forma improvisada como um personagem em uma história imaginária, narrada pelo “Mestre”, que descreve os cenários, as situações e o que os personagens coadjuvantes dizem e fazem (Saldanha & Batista, 2009).

Nos jogos de RPG, é comum que os jogadores preencham uma ficha, em que ficam descritas características de seus personagens, como sua origem, suas habilidades, suas fraquezas, seus objetivos, entre outras, seguindo o sistema definido em cada jogo. A ficha utilizada com as participantes do grupo era adaptada, de modo que o “personagem” fosse a própria adolescente. Assim, o preenchimento das fichas visou favorecer a reflexão e o respeito a si mesmas, considerando suas habilidades, seus interesses e suas dificuldades.

No sétimo encontro, de início, foi proposto que o grupo discutisse a respeito dos próprios nomes e seus significados, a fim de trabalhar questões relacionadas à individualidade e à identidade. Em seguida, foi realizada uma dinâmica semelhante a um “amigo secreto”, com produções artísticas das participantes sendo os “presentes” a serem trocados. Tal momento visava reforçar a ideia da arte como estratégia de enfrentamento para a automutilação e promover um fechamento para o grupo, que seria finalizado no encontro seguinte.

No oitavo e último encontro grupal, foi realizada uma apresentação de slides com o objetivo de retomar o que foi trabalhado em cada encontro e gerar reflexões a respeito da vivência grupal, por meio da livre associação de ideias. No final, foi aberto um espaço para obter o *feedback* de cada adolescente a respeito da experiência. A Tabela 2 sumariza os encontros grupais.

Tabela 2*Objetivos e procedimentos utilizados em cada encontro*

ENCONTRO	OBJETIVO	PROCEDIMENTOS
1	Favorecer o vínculo grupal.	Dinâmicas de apresentação e interação (dinâmica dos 5 Dedos e das 2 Mentiras e 1 Verdade).
2	Compreender a percepção das participantes sobre os próprios corpos e a relação com a automutilação.	Dinâmica de mímica e uso da Técnica do Boneco Vazio (adaptada).
3	Conhecer as vivências e as dificuldades pessoais que mais afligiam as adolescentes.	Curta “Overcomer” e música Setevidas (Pitty).
4	Aprofundar discussões sobre saúde mental.	Jogo Dobble e uso do Baralho Terapêutico (Vita Alere).
5	Trabalhar relações interpessoais e resolução de problemas.	Curta “Purl”, etapas para Resolução de Problemas (Cartilha para Prevenção da Automutilação e do Suicídio).
6	Refletir sobre autoconhecimento, prazer e felicidade.	Curta “Happiness” e “ficha de RPG.”
7	Realizar produção artística, visando a arte como via de expressão.	Realização de dobraduras de papel, colagem, escrita, pintura, cartões, dentre outros.
8	Finalizar os encontros grupais.	Slides.

A análise dos registros dos encontros grupais teve como objetivo compreender a automutilação na adolescência a partir do dispositivo de um grupo terapêutico. Assim, foi possível identificar os significados e as motivações das adolescentes para a prática, entender o papel das relações interpessoais nesse processo e perceber os efeitos da participação no grupo, que foram discutidos em três eixos de análise.

O Corpo em Evidência na Automutilação

Foi possível perceber o corpo sendo colocado em evidência pelas adolescentes em diversos momentos nas discussões grupais. Inicialmente, o que se sobressai diz respeito a uma comparação com uma certa representação de “corpo ideal” e insatisfação com o corpo real. Esse aspecto pode ser ilustrado pelo seguinte relato: “Meu corpo é desproporcional, não combina com a minha personalidade. Odeio meu corpo. Odeio, odeio!” (Kalifyta).

Tendo em vista a fragilidade psíquica decorrente das mudanças físicas que ocorrem na adolescência, bem como o contato intenso dos jovens com as mídias de beleza, associado a um contexto cultural de supervalorização do corpo, a adolescente pode ser capturada por sentimentos de inadequação e de preocupação com a beleza e com a estética. Assim, no segundo encontro, quando se deu um direcionamento maior, por meio da tarefa, à reflexão a respeito da relação das adolescentes com o próprio corpo, apareceram relatos de experiências e percepções negativas acerca desse ponto: “Odeio meu corpo” (Vanya). “Penso em gordura, fraqueza” (Marina). “Eu fico preocupada com o meu peso [...] Tô malhando pra isso, já emagreci 3 kg” (Marina). “Meu corpo não tem nada a ver comigo” (Kalifyta).

A insatisfação e o desconforto corporal se relacionam com o fato de a adolescência ser um momento de intensas transformações, com a perda de referências e do corpo da fase anterior (Gorayeb, 1986). Tais mudanças, ocorrendo independentemente da vontade do adolescente, podem gerar um estranhamento, vivido em uma posição mais passiva em relação ao novo corpo. Segundo Le Breton (2010, p. 26), o adolescente sente-se “enredado em um corpo que não é seu, mesmo que pertença a ele, preso em um corpo rebelde que fracassa incorporar como o seu próprio”. Por isso os adolescentes são frequentemente representados na cultura como se sentindo inapropriados, desajeitados e desconfortáveis em seus corpos.

Além disso, cabe considerar o contexto cultural atual em que esse jovem está inserido. Ribeiro comenta que a “busca pelo corpo ideal” acaba por levar a uma vivência paradoxal do próprio corpo: ao mesmo tempo em que essa tentativa de alcançar um corpo “perfeito” resulta em uma supervalorização da aparência física, esse mesmo corpo é ignorado em seus limites, sendo o envelhecimento natural, por exemplo, indesejado. Há uma desconexão, de forma que o corpo do indivíduo se mostra assujeitado (Ribeiro et al., 2023), o que, em um adolescente que já se encontra em um sentimento de invasão do próprio corpo contra ele mesmo, tem esse assujeitamento potencializado.

Segundo Birman (2007), mudanças sociais ocorridas na contemporaneidade influenciam as formas de constituição subjetiva dos indivíduos. Nesse sentido, Ribeiro et al. (2023) comentam que o “processo de individualização na atualidade da cultura ocidental” (p. 6-7), marcado pelo uso dos espaços virtuais, é um ponto importante na compreensão das novas formas de vinculação e elaboração de experiências dos sujeitos contemporâneos. A exibição dos corpos nas redes sociais poderia estar relacionada a uma busca por reconhecimento e aprovação, visando um reassicuramento narcísico, evidenciando uma dependência do olhar do outro.

Portanto, tendo em vista os fatores intra e extrapsíquicos que afetam a relação do adolescente com o seu corpo, compreende-se melhor o recurso da automutilação. De acordo com Le Breton (2010), ataques ao corpo representariam ataques aos significados que esse corpo carrega. Ao mesmo tempo que o jovem pode engajar em comportamentos de risco, como a automutilação, para tentar recuperar o controle (Von Mühlen & Câmara, 2021), atacar o corpo é frequentemente a maneira encontrada para redefinir suas fronteiras, demarcar sua relação com o mundo externo. O corpo seria o intermediário mais imediato e palpável, de modo que, quando a adolescência passa de apenas uma fase de reelaboração psíquica intensa para ser desestruturante ao sujeito, este utilizaria a agressão ao corpo para se tornar novamente ator, não mais passivo (Le Breton, 2010).

O autor também aponta que além de uma retomada do controle e restauração dos próprios

limites, a automutilação seria uma estratégia que visaria a sobrevivência do adolescente frente a sofrimentos muito intensos, potencializados pelo excesso pulsional característico da fase do desenvolvimento. Ao se lesionar, o dano psíquico seria contido, “absorvido por uma pele que não é totalmente sua, já que o corpo não é aceito” (Le Breton, 2010, p. 30), restaurando o narcisismo do indivíduo temporariamente e evitando um colapso total e iminente. Nesse sentido, as adolescentes apontaram alguns motivos para se automutilarem: “É quando eu tô sentindo culpa, desespero, vontade de sumir, ansiedade, medo” (Marina). “Também faço quando eu tô com raiva” (Pérola). “Penso que vai aliviar a dor (...). Faço pra evitar coisa pior, mas não funciona. Só na hora, depois o sentimento volta” (Vanya).

Com relação à busca por reconhecimento e reassicuramento narcísico apontada por Ribeiro et al. (2023), é possível perceber como esse aspecto é amplificado tanto na insatisfação das adolescentes com os próprios corpos, quando comparados a um ideal de perfeição, quanto na forma como se relacionam e se comunicam com outras pessoas. A respeito disso, Castro et al. (2023) pontuam que diante do “excesso pulsional que invade o corpo e lhe tira do discurso, o adolescente encontra na esfera física um campo de tradução” (p.8), explicando por que é comum que jovens com dificuldade na simbolização optem pela via do agir.

Na clínica com adolescentes, o agir costuma ser mais predominante do que a fala, podendo estar endereçado a um outro, em busca do reconhecimento. Esses agires podem aparecer na forma de “passagem ao ato” ou “*acting out*” (Saviotto, 2007). O primeiro se refere a um agir determinado por elementos inconscientes e que traz um endereçamento ao outro. O indivíduo, alienado no Outro, nem mais existe enquanto sujeito. É como uma descarga de um excesso de energia pulsional, através de uma ação extrema. Já o *acting out* se refere a uma ação que visa conter uma invasão de excesso pulsional experienciada pelo sujeito, de modo que este sente sua integridade narcísica em risco.

Assim, o corpo e o agir são formas privilegiadas de expressão na clínica com o adolescente, e é papel do terapeuta compreender

essa comunicação e colaborar com a inscrição do agir na ordem da palavra (Coutinho, 2006). Esse ponto pôde ser observado especialmente na participante Kalifyta, que com frequência agia para convocar a atenção do grupo, demonstrando sua necessidade de ser olhada e cuidada. Ela fazia isso distraindo as colegas ou introduzindo na discussão, de repente, relatos impactantes, que não dialogavam com o assunto do grupo no momento. Uma tensão recaía no grupo, as participantes se silenciavam e ocorria um desvio da tarefa. No exemplo, mais uma vez, o encontro foi atravessado pelo relato de Kalifyta, que parece clamar pelo olhar do outro e cujo dito revela a escassez de recursos para processar psiquicamente suas dores e frustrações:

Teve um dia que eu tava com o E. e ela [mãe] começou a gritar com o I. e eu comecei a ficar em crise, aí quando eu cheguei em casa, peguei um monte de remédio, me dopei, e depois que eu me dopei eu cortei os dois braços e a perna também. Quando era de manhã, tava sangrando ainda, aí tava meio zonga, fui no banheiro, tomei banho, lavei os braços. Quando eu tava voltando pra cama, minha mãe viu e ficou desesperada, me levou no médico, e ele falou que eu podia ser autista porque eu não gostava do barulho e eu fui internada, mas ninguém sabia porque eu tava zonga e falando meio errado. No outro dia que eu tava melhor eu falei pra ela que tinha tomado os remédios escondidos e me dopei, e ela falou que se soubesse ela ia ter feito lavagem em mim e que eu ia ver o tanto que é legal. Aí em vez de cortar o braço eu cortei a panturrilha, mas um dia eu tava de short e ela acabou vendo, ela brigou comigo, chegou até me espancar (Kalifyta).

Apesar da estreita relação entre sofrimento e corpo físico, já que este é colocado como alvo das automutilações e de insatisfações das adolescentes, foi possível observar também que ele era colocado em evidência em outros momentos, às vezes de forma ambivalente, como alvo de adoecimento, mas também de interesse e de investimento. As falas de duas participantes ilustram essa situação.

[...] eu treino, danço, tô fazendo musculação pra ficar “sheipada”. Tô conseguindo bastante controlar minha ansiedade ultimamente (Marina).

Porque, tipo assim, ansiedade tem vários tipos. Pode atacar nosso corpo, ultimamente minha ansiedade tá atacando no meu físico. Esses dias fui parar no UPA duas vezes por causa da ansiedade. Meu braço começou a adormecer, lado direito do corpo, tremendo muito, peito acelerado e ficou assim uma semana inteira [...] (Vanya).

Fica demonstrada, portanto, a centralidade do corpo nas experimentações das adolescentes, relacionadas ao prazer ou ao sofrimento. Freud (1923/2011), em “O ego e o id”, articula o eu e o corpo, apontando que “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (p. 40). Nesse sentido, Jatobá (2010) afirma que o corpo é “palco onde se desenrola a complexa trama das relações entre o psíquico e o somático; corpo este que é atravessado pela pulsão e pela linguagem” (p. 60), reforçando a relação entre o corpo e a psique e a ideia de que as adolescentes vivenciam, por meio deste corpo e da atuação dele, aquilo que estão tentando ainda simbolizar e representar.

O Outro e a Problemática da Automutilação na Adolescência

Tendo sido identificada a dimensão de apelo ao outro envolvida no comportamento de automutilação das adolescentes do grupo, elegeu-se a relação do adolescente com a alteridade como uma categoria relevante na compreensão da problemática da automutilação na adolescência. Sabe-se que a qualidade do encontro com o outro, desde os primeiros anos de vida, tem importância na constituição do psiquismo e na construção das formas como o sujeito irá se relacionar consigo mesmo e com os outros, durante a vida.

Pena e Silva (2018), orientados por uma leitura lacaniana, ressaltam o papel do Outro na constituição do sujeito, sendo o inconsciente registrado na “Outra cena”, no “Outro palco”, de

modo que é no Outro que o sujeito se apropria da sua condição de indivíduo. A inserção do sujeito no campo simbólico se dá através da linguagem, desde a infância, sendo os cuidadores primários aqueles que lhe oferecem significantes para se representar, nos quais ele irá se alienar para se compor enquanto sujeito. Os autores afirmam, ainda, que o Outro “funciona como terceiro que autentica o sentido e traz algo da dimensão do inconsciente do sujeito para a cena que o representa” (p. 82).

A busca pelo olhar do outro foi observada quando, em um encontro em que Kalifyta estava particularmente frustrada e desorganizada, ela se machucou em meio às colegas:

Kalifyta: As ideias dela aqui tia... Eu não fiz isso.

Marina: Ah, tá. Pode parar

Coordenadora: O que você não fez?

Kalifyta: Um bagulho aí ... Um arranhão.

Coordenadora: Quando?

Marina: Agora.

Kalifyta: Não (rindo).

Coordenadora: Você viu? (Marina faz que sim). Por que você fez isso, Kalifyta?

Marina: Por causa do menino.

Kalifyta: Não, por causa da minha mãe também.

Nesse diálogo, observa-se a ênfase demonstrativa do ato de se arrANHAR, sua orientação para um outro, claramente anunciada por Kalifyta. Trata-se de apelos para que um Outro a tome como objeto de investimento e de cuidado. Cabe incluir no campo do outro, além da figura materna, o próprio grupo, a quem Kalifyta endereçou a automutilação naquele momento.

Nesse sentido, visando entender a relação do adolescente com o outro, há a necessidade de identificar entre os agires do jovem (os quais dizem respeito à busca de reconhecimento no Outro) aqueles que de fato teriam “valor de ato”, ou seja, poderiam ser compreendidos em sua representação simbólica. Assim, cabe ao terapeuta fugir ao senso

comum que define os agires dos adolescentes como “delinquência ou vandalismo” – ou mesmo “drama” ou uma tentativa de chamar a atenção – e reconhecê-los enquanto ato. Permitir ao adolescente apropriar-se de seus atos é o que possibilitará que ele se situe diante do Outro para além de um olhar alienante através do agir (Lesourd, 2004).

Hentz e Kupermann (2021) discorrem sobre uma reestruturação do espaço relacional na adolescência, com o estabelecimento das primeiras relações fora da família nuclear. Além disso, Levisky (1997) reforça que, durante a adolescência, o ego se mostra bastante instável e mais vulnerável a influências externas. Assim, faz-se importante tratar do fenômeno do contágio social na automutilação durante a adolescência ao analisar a relação que o adolescente tem com o outro.

Gabriel et al. (2020) apontam que o contágio nesse contexto é tido como um gatilho para a automutilação na adolescência, especialmente tendo em vista que a fase do desenvolvimento em questão tem a identificação com os pares priorizada. O comportamento poderia funcionar como o elo, o qual aproxima emocionalmente um grupo de jovens, poderia ser imitado por outros adolescentes, os quais percebem outros tendo o comportamento e recebendo atenção, e ainda poderia ser encorajado por meio da internet, nas redes sociais (Lima et al., 2023). As jovens que participaram do grupo deste estudo relataram experiências semelhantes com relação ao contágio:

Eu comecei porque uma amiga falou que ajudava... Aí eu quis tentar também (Kalifyta).

Coordenadora: Quantos anos vocês tinham?

Vanya: 12.

Coordenadora: E se te dissessem isso hoje em dia, o que você faria?

Vanya: Eu tentaria ajudar, conversava, mas não ficaria perto. Foi desde o começo isso, tipo assim, com 12 anos eu via minhas amigas se cortar, aí eu pegava e ficava perto, vinha energia e eu ficava ruim, ficava triste, pensava em se cortar também, com um monte de coisa na cabeça.

Coordenadora: Você começou a se cortar porque via elas se cortando?

Vanya: Sim, só que agora já acostumei e tava virando vício. Toda vez que eu ficava triste eu ia lá e fazia.

A influência do outro na prática da automutilação pôde ser observada também quando as adolescentes foram convidadas a identificar os fatores que aumentam o risco de automutilação e os que protegem dele. Com relação a fatores de proteção, as adolescentes mencionaram o suporte social, de amigos e de familiares, importante nesse processo. Moraes et al. (2020), apresentam resultados que apontam, também, para a ausência de suporte da família, rejeição materna, dificuldades no convívio familiar, bullying e isolamento social como fatores de risco para a automutilação. Tais questões podem ser observadas nos seguintes relatos e diálogos:

Nem amigo eu tenho. Me afastei de todo mundo, tinha amizade muito ruim antigamente, que fazia eu usar droga, fazia não, aí eu andava junto e acabava usando droga junto. Teve uma época que eu até parei de estudar pra só ficar usando droga (Vanya).

Eu brigava muito com as meninas da escola, nas apresentações, aí parei de participar (Adjidja).

Eu recorro à minha mãe. A gente briga, mas às vezes ela me ajuda. Quando eu brigo, às vezes eu converso com meus amigos (Pérola).

Coordenadora: Você se sente querida por sua família?

Vanya: Eu não, nem pela minha mãe nem pelo meu pai. A gente anda brigando muito, dá para perceber o jeito que ele me trata e trata minha irmã, até os de fora já percebeu. O povo de fora fala que tem preferência de filho, como se eles gostassem mais da minha irmã do que de mim, acontece qualquer coisa e eles falam que vão me internar, que vão me levar no conselho tutelar. Tudo que

acontece é culpa minha lá.

Considerando o necessário afastamento das figuras parentais na adolescência, os adolescentes vivenciam com os pais uma postura ambivalente de atração-repulsão ou dependência-desafio, evidenciando a necessidade, ainda nesse momento, da presença dessas pessoas em que o adolescente investia anteriormente (Jeammet & Corcos, 2005). Nesse movimento de desinvestimento parental, o adolescente vai em busca de outras referências, como amigos e o grupo de iguais, os quais serão cruciais para promover novas identificações. O grupo de iguais pode oferecer refúgio e proteção ou dirigi-lo a situações de risco, tais como drogadição e delinquência. Assim, os pares passam a ser referências essenciais que transformam a rede de investimento do sujeito, visto que, existe esse campo de trocas, “o qual demarca a importância e o valor do outro e a qualidade dos vínculos que podem ser estabelecidos” (Macedo, 2012, p. 100).

Sobre a relação dos adolescentes que praticam a automutilação com o outro, Birman (2003) menciona a conexão entre a capacidade de representação do próprio sofrimento e o contato do sujeito com o outro. Haveria a necessidade de a dor psíquica ser endereçada a um outro, que, oferecendo um “espaço de ressonância”, permitiria ao sujeito ter seu sofrimento validado. Uma das formas de suportar a dor, caso ela não seja ressoada por um outro, seria redirecioná-la para o próprio indivíduo, como é o caso da automutilação.

Um “outro” que ganhou relevância no relato das participantes foi a figura materna. Castro e Couto (2021) discutem o vínculo com as figuras parentais em adolescentes que se automutilam, apontando a possibilidade de esse comportamento estar associado tanto à busca por uma nova identidade, característica da fase, como a uma dificuldade de se separar das figuras parentais. Para enfrentar o medo e a ameaça que o jovem pode sentir no processo de distanciamento, bem como a instabilidade pela qual passa a relação com os pais no período, as autoras mencionam a importância de que o jovem tenha tido a oferta de um ambiente seguro para seu desenvolvimento, com apoio parental (Ferrão & Poli, 2014 como citado em Castro & Couto, 2021).

Dessa forma, defendem que o ato de se machucar pode ser relacionado à procura por esse cuidado e vínculo, convocando o olhar do outro, que pode ter falhado em oferecer um ambiente estável o suficiente para que a adolescente tivesse a base necessária para passar pelo amadurecimento de forma mais saudável (Castro & Couto, 2021). A dificuldade na separação dos objetos primários ocorreria devido a uma insegurança da adolescente com essas figuras, o que podia ser percebido nos encontros do grupo, especialmente com a figura materna. Frequentemente, as participantes comentavam que as mães não as compreendiam, como no seguinte exemplo:

Eu tenho minha tia, irmã da minha mãe, eu sou filha dela a partir das 18h45 da sexta e fico lá até domingo de noite. Minha mãe tenta, mas minha tia passou por coisas parecidas que eu e eu sinto que ela me entende melhor. Minha mãe sente mais que eu e aí eu não gosto de falar, fico desconfortável (Marina).

Na adolescência feminina, a revivência edípica fica mais evidente na relação com a mãe, aspecto que foi abordado por Freud em “Sobre a sexualidade feminina” (1931/2006). Ele vai apontar que a necessária e dolorosa separação entre mãe e filha não é uma operação simples, e as dificuldades que surgem podem indicar entraves para a menina tornar-se mulher. Se por um lado a filha carrega o medo de perder o amor da mãe, por outro, a mãe sofre com a ameaça da destituição de seu lugar, e da não realização dos seus projetos idealizados para a filha (Miranda & Protti, 2019).

Entretanto, manter-se próxima da mãe cuidadora e mantenedora (identificada como a mãe fálica) representaria para a menina permanecer em uma condição infantil de ausência de registro da diferença. É necessário lidar com a castração. Uma das maneiras de se defender dessa proximidade com a figura materna, é desqualificando-a e atacando-a (Macedo, 2012). É possível supor que às constantes demandas do Outro materno, fonte de angústia, a adolescente responde com os cortes no corpo, na tentativa de separar-se desse Outro no Real do corpo, visto que a separação simbólica se encontra dificultada (Miranda & Protti, 2019). Os aspectos

discutidos justificariam as relações conflituosas, marcadas pela agressividade, necessidade de definição de limites e sentimentos de abandono apresentados pelas adolescentes do grupo, como demonstram os seguintes relatos: “Eu tive uma crise na sexta, depois de brigar com a minha mãe [...]. A gente discutiu feio, aí eu me cortei [...]. Nessas situações, se bater de frente, piora tudo” (Pérola).

Às vezes minha mãe se preocupa demais com o meu corpo. A gente vai para a igreja e minha mãe me proíbe de usar minhas roupas largas, ela quer que eu use roupas igual minha irmã, que é a certinha da família, a ideal [...]. Minha mãe quer que eu seja a filha perfeita dela, usar roupas mais femininas, roupas claras. Ela não gosta que eu destoe (Kalifyta).

Portanto, a relação das adolescentes que se automutilam com o outro materno também pode ser conflituosa devido à relação pré-edípica que elas desenvolveram com suas mães. A ambivalência afetiva e a hostilidade estariam ligadas a posições mais defensivas devido à carência ou incapacidade de o outro materno responder às suas demandas.

Possibilidades Terapêuticas do Grupo com Adolescentes que se Machucam

A experiência desenvolvida não permitiu avaliar com o devido rigor científico os resultados terapêuticos obtidos pelas participantes. Por isso, optou-se aqui por falar em “possibilidades terapêuticas”, termo que mais se ajusta à experiência singular com esse grupo de adolescentes. Desse modo, a partir da análise dos resultados da pesquisa, foi possível apontar três aspectos principais que demonstram a potência do dispositivo grupal no cuidado de adolescentes que se automutilam: o grupo como espaço de escuta continente e de incentivo à fala e à simbolização, no lugar do agir; a criação e valor dos vínculos; e o acesso a alternativas de enfrentamento.

Entende-se que o dispositivo grupal pode funcionar como um ambiente continente, e a experiência com as adolescentes parece demonstrar tal possibilidade. Bion (1975) comenta que os grupos funcionam como um espaço acolhedor, onde o

sujeito pode depositar suas angústias e desenvolver relações interpessoais que podem funcionar como suporte. Nesse sentido, em vários momentos, foi possível perceber o grupo sendo usado pelas participantes como espaço para a expressão de afetos ruins e conflitos experimentados fora do grupo, o que colabora com a expressão e simbolização dos sofrimentos. A coordenadora flexibilizava o planejamento inicial quando os relatos pareciam fluir em outra direção, entendendo que é papel do grupo ser um lugar para a verbalização daquilo que tensiona. O objetivo era que o espaço fosse usado para a expressão de aflições, construção de sentidos, reflexões em conjunto, reconhecimento e nomeação de emoções.

Coordenadora: Como vocês estão hoje?

Kalifyta: Mal. Me dozei de remédio na noite anterior pois “o indivíduo” falou que ia se matar ontem e sumiu. Apareceu hoje de manhã, só cortou os braços e pernas.

Coordenadora: Se identificaram com alguma coisa?

Kalifyta: A menina estar com corrente no corpo. Ela se sente presa. Tem algumas palavras que ficam presas e a gente não consegue tirar ela de vocês, é difícil esquecer.

Coordenadora: O que vocês acham que significam as correntes?

Marina: Pensamentos negativos que fazem ela ficar presa a eles, insegurança e essas coisas.

O uso das dinâmicas de grupo, como aquecimento, favoreceu a participação mais espontânea das adolescentes. Eram momentos mais descontraídos, que permitiam a aproximação de todas as integrantes do grupo, a construção de vínculos e evidenciavam uma abertura mais anunciada para as jovens se expressarem, permitindo que o engajamento na tarefa grupal ocorresse de forma mais leve, relaxada e espontânea. Segundo Do Valle (2024), as dinâmicas de grupo são ferramentas práticas que favorecem mudanças individuais a partir de exercícios, estimulando aprendizados e novas percepções.

Como exemplo, em dado encontro, a participante Kalifyta, que se colocava frequentemente de forma intensa, estava bastante irritada com uma situação externa ao grupo, vivenciada por ela. Considerando isso, a coordenadora optou pela seguinte abordagem: já havia conversado com a participante fora do encontro, minutos antes, mas não a limitou quando quis colocar-se novamente, dentro do grupo, e ainda manteve o jogo que tinha planejado como dinâmica inicial do encontro, a fim de permitir a liberação de sentimentos por parte da integrante já no início e colaborar com seu relaxamento. Um trecho do diário de campo da coordenadora apresenta outro exemplo que ocorreu no grupo:

Vanya e Pérola se recusam a fazer a parte de interpretação física da mímica no aquecimento do encontro, mas se mostram empolgadas com a parte de adivinhação do que as colegas estão atuando [...]. Quando eram sorteadas as mímicas, as meninas do time adversário pediam para olhar a frase também. Todas interagiram e riram bastante (Diário de campo da coordenadora).

Foi possível perceber o movimento de vinculação ocorrendo desde o primeiro encontro, quando se ocupavam de falar sobre seus interesses. A princípio, os temas que mais geraram comoção e conversa entre elas pareciam dizer respeito a uma busca pelo que tinham em comum, especialmente quanto aos interesses socioculturais e à territorialidade (com relação aos bairros onde viviam). As primeiras interações se pautaram em discussões sobre interesses musicais, filmes e séries, relacionamentos românticos, piercings e tatuagens.

Chamou a atenção o interesse persistente das adolescentes de falarem sobre os bairros onde viviam e descobrirem que moravam próximas, aspecto que favoreceu a aproximação inicial das participantes. De acordo com Pacheco, Martins e Bomfim (2020), moradores de um local estabelecem vínculos afetivos com o lugar ao qual pertencem, construindo em uma relação dialética a identidade social e coletiva do espaço e a própria identidade individual. Assim, o grupo tem potencial para sustentar processos de identificação e diferenciação, aspectos essenciais para a formação

da identidade (Pol & Valera, 1999, como citado em Pacheco et al., 2020).

Nesse sentido, tendo em vista a preferência dos jovens por se sentirem incluídos e o reconhecimento do isolamento como fator de risco para a automutilação (Moraes et al., 2020; Padilha & Gomide, 2004), o grupo pode beneficiar as participantes com o estabelecimento de novos vínculos afetivos, entre si ou com a equipe executora, conforme observado nos trechos, diálogos e materiais coletados:

Oi! Desculpa por não ter mandado mensagem, fiquei muito enrolada essa semana (Kalifyta, para Marina).

[...] Leio algumas das frases e Adjidja diz que acha que a frase sobre voltar para a casa é da Marina. Eu confirmo e ela diz que a garota já desabafou com ela sobre isso em outros momentos (Diário de campo da coordenadora).

Bom, eu não te conheço muito mais já percebi que você é super legal, sou meio difícil de gostar de alguém, mas de você eu gostei. Você é super legal e muito bonita, fofa, etc, tenho apenas isso para te falar <3” (Carta produzida na atividade do sétimo encontro para a pesquisadora-auxiliar, por Pérola)

É válido considerar que, tendo em conta que os conflitos vivenciados por adolescentes que praticam a automutilação buscam convocar o outro, o grupo pode colaborar com a oferta de um espaço para o endereçamento da dor psíquica a um outro que tem a vivência da automutilação em comum. Birman (2003) comenta a respeito da relação entre a representação do próprio sofrimento e o papel do outro como espaço de ressonância e validação deste para o sujeito. Assim, estar em um grupo com participantes que compreendiam a experiência umas das outras (e, nesse sentido, poderiam legitimá-la) também pode ser apontado como uma possibilidade terapêutica do dispositivo grupal.

Kalifyta: Minha mãe reclama de tudo que eu faço, aí eu tenho gatilho de quando ela me batia... [...]. Ela fala que eu me cortar

é frescura, e que na próxima vez que eu internar, ela vai mandar fazer lavagem em mim pra eu ver como é bom.

Todas as outras participantes falam, ao mesmo tempo, que já “fizeram lavagem” e que é horrível, e comentam sobre tubos e internações (Diário de campo da coordenadora).

Vanya: É, eu tinha tomado veneno.

Marina: Eu tinha tomado remédio mesmo.

Kalifyta: Acho que um dia eu vou melhorar [...]

Coordenadora: Como assim?

Kalifyta: Um dia vou parar de pensar em coisas ruins, e só aproveitar a vida.

Adjidja: É, com 18 anos.

Coordenadora: Vocês acham que só vão poder aproveitar quando estiverem mais velhas?

Adjidja: Sim, porque aí vamos poder beber, fumar, morar sozinha [...]

Apesar do potencial demonstrado, entende-se que o processo de vinculação e estabelecimento do grupo encontrou obstáculos ao longo do estudo. Alguns dos impasses enfrentados diziam respeito a questões institucionais do CAPSij, como a disponibilização ou não de salas adequadas para os encontros nos horários combinados, atrasos que ocorreram devido a outras atividades na instituição, questões de mobilidade das participantes, dentre outros. Além disso, percebe-se que a quantidade limitada de encontros e as ausências de algumas adolescentes ao longo do processo foram aspectos dificultadores do vínculo.

Outro aspecto promotor de saúde do grupo psicanalítico de reflexão é seu potencial de colaborar com a aprendizagem dos envolvidos, conceito-chave da teoria de Pichon-Rivière (1983/2012), que diz respeito à mudança, à alteração do que se está estereotipado e dado como definitivo, que seria produtor de doença. Sato et al. (2017) reforçam, também, que a potência do trabalho grupal está justamente relacionada à heterogeneidade nele presente, que permite o

questionamento e a mudança (Esposito, 2022). Assim, nota-se um potencial terapêutico do grupo a partir da oferta de um espaço no qual elas poderiam elaborar ideias e refletir a partir das próprias falas ou dos relatos das colegas:

Coordenadora: Vocês conseguem pensar em outras coisas que daria para fazer?

Marina: Eu não sei fazer isso, mas dar conselho também.

Coordenadora: Talvez um esporte, escrever ou pintar poderia ser interessante para elas.

Marina: No meu caso não ia adiantar, minhas amigas são tudo sedentária e não consegue fazer um esporte leve.

Coordenadora: Escrever pode ajudar a colocar para fora, caso elas não queiram falar.

Marina: É, elas gostam de falar [...].

Coordenadora: Vocês acham que dá para nós mesmas cuidarmos da gente?

Kalifyta: Eu tentei uma vez, mas não consegui. Eu tento me amar, mas as pessoas começam a falar de mim e tem uma parte de mim que começa a concordar.

Marina: É difícil, mas acho que a gente pode.

Pérola conta para o grupo sobre como sua mãe passou a ser acolhedora em suas crises de automutilação após ser aconselhada por uma psicóloga, o que acha que ajuda bastante (Diário de campo da coordenadora).

Por fim, considera-se que o acesso das participantes a vias alternativas de enfrentamento da angústia pode ser considerado uma possibilidade terapêutica interessante do uso do dispositivo grupal. As propostas de reflexão apresentadas pela coordenadora, especialmente no encontro que tinha como objetivo trabalhar como lidar com conflitos interpessoais e naquele que visava desenvolver o autoconhecimento, se somavam aos relatos trazidos por outras participantes sobre o que faziam e viam como válido — tendo em vista que o acesso a recursos era variável entre elas.

Coordenadora: Terceiro ponto, propor soluções, o que vocês acham que dá para ela fazer?

Marina: Estudar, ver vídeos, tentar aprender uma forma mais fácil de fazer. Tipo, eu tenho discalculia, eu tenho que decorar fórmula certinho.

Kalifyta: Hoje eu tive prova e eu fui explicar pra professora que eu não consigo prestar atenção, não consigo, qualquer coisa que passa na minha frente eu desfoco, eu não aprendo muito bem e ela disse que o problema era meu, que eu tinha que aprender sozinha.

Coordenadora: Parece o problema da personagem, ela não consegue focar. Os vídeos te ajudam?

Kalifyta: Não.

Coordenadora: Então o que mais ela pode fazer?

Marina: Ler e fazer resumos, tipo mapa mental e tentar ir fazendo na prática, exercícios.

[...] Kalifyta diz que parece que sempre que chega na terceira semana sem se machucar, algo acontece e ela não consegue passar disso. Começamos a falar sobre um plano que ela poderia ter para fazer quando chegasse em momentos assim, e ela fala que já tentou ouvir música, escrever, mas que não adianta. Ingrid diz que Adjidja tem uma boa estratégia, e ela conta que costuma pintar, e que ajuda (Diário de campo da coordenadora).

Considerações Finais

Com base nas discussões e vivências apresentadas nos encontros grupais, foi possível observar aspectos subjetivos que se relacionam à automutilação na adolescência. O lugar do corpo nesse contexto transforma-o em mais do que alvo desse comportamento. Além de os ferimentos no

corpo permitirem a expressão de sofrimentos não representados, a forma física também foi relacionada aos motivos de a automutilação ocorrer, impactada pela cultura contemporânea de individualismo e valorização da perfeição, e pelas dificuldades de diferenciação entre o mundo externo e interno.

O lugar do Outro na experiência das adolescentes com a automutilação também ficou definido como ponto relevante, relacionado à necessidade do reconhecimento de um terceiro para validação do sofrimento por parte das adolescentes, bem como marcado pela importância dada pelos jovens às relações extrafamiliares na adolescência. Ainda, o outro materno teve sua implicação salientada, de modo que a relação complexa entre mãe e filha poderia remeter não só a uma diferenciação e separação dificultadas, mas também a questões edípicas de não experiência do lugar privilegiado no desejo materno por parte das filhas.

A análise dos relatos demonstrou que o uso do dispositivo grupal apresenta possibilidades terapêuticas valiosas para adolescentes que se cortam. A intervenção permite um espaço de identificações e criação de vínculos, de elaboração dos sofrimentos ainda não simbolizados a partir da fala, ressonância e legitimação da dor psíquica por semelhantes e aprendizagens a partir de reflexões e discussões grupais.

Em suma, evidencia-se que o dispositivo grupal possui potência no tratamento de adolescentes que se automutilam. Acredita-se que investigações futuras poderiam contar com o uso do grupo com outro perfil de adolescentes, tendo em vista que os resultados alcançados são marcados pelo contexto social das participantes, bem como suas diferentes condições subjetivas. Salienta-se a necessidade de um olhar atento a esse público, tanto por parte de profissionais da saúde mental quanto por instituições de cuidado, escolas e responsáveis, tendo em vista os fatores de risco do comportamento automutilatório.

Referências

- Alves, E. G. R. (2023). Educação para a morte: É preciso falar sobre morte, suicídio e luto na escola. In L. R. Lima, L. G. A. Nunes, S. M. C. Silva, & M. P. R. Souza (Orgs.), *Práticas críticas em psicologia escolar e educacional: Experiências vividas no chão da escola e suas complexidades* (pp. 453–464). Pimenta Cultural. <https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.97600>
- Alves, E. G. R. (2024). Automutilação e suicídio: Aproximações ao tema. In M. P. R. de Souza, M. R. C. Bavaresco, D. de A. Zunino, & M. H. G. Lima (Orgs.), *Educação e psicologia em diálogo nas políticas públicas: Escolarização e seus desafios para o fortalecimento dos conselhos municipais de educação* (pp. 116–121). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/9786587596501>
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR: Texto Revisado* (5th ed.). Artmed.
- Andrade, R. M. (2023). *Grupo operativo como ferramenta de supervisão para profissionais que atuam com grupos de inspiração psicanalítica* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. <http://bdtd.famerp.br/handle/tede/820>
- Araújo, J. F. B. de, Chatelard, D. S., Carvalho, I. S., & Viana, T. de C. (2016). O corpo na dor: Automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos da Clínica*, 21(2), 497–515. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i2p497-515>
- Baptista, M. T. D. da S., Noguchi, N. F. de C., & Calil, S. D. B. W. (2006). A pesquisa interventiva na psicologia: Análise de três experiências. *Psicologia para América Latina*, (7). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000300014&lng=pt&tlng=pt

- Bastos, A. B. B. I. (2010). A técnica de grupos operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo Informação*, 14(14), 160–169. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&tlng=pt
- Bion, W. R. (1975). *Experiências com grupos: Os fundamentos da psicoterapia de grupo*. Imago.
- Birman, J. (2003). *Dor e sofrimento num mundo sem mediação* [Conferência]. Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial, Rio de Janeiro, Brasil.
- Birman, J. (2007). *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação* (6a ed.). Civilização Brasileira.
- Calligaris, C. (2011). *A adolescência*. Publifolha.
- Castro, Y. A. V., & Couto, V. V. D. (2021). Escuta clínica e adolescentes que se cortam: Um olhar para o corpo e o vínculo materno na perspectiva da psicanálise. *Revista Contextos Clínicos*, 14(3). <https://doi.org/10.4013/ctc.2021.143.05>
- Castro, Y. A. V., Neves, A. S., & Paravidini, J. L. L. (2023). O corpo adolescente e suas singulares vias do dizer. *Mental*, 15(27), 1–13. <https://doi.org/10.5935/1679-4427.v15n27.0007>
- Coutinho, L. G. (2006). Pensando sobre as especificidades da clínica psicanalítica com adolescentes. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, 6(2), 44-55. <https://biblat.unam.mx/hevila/Latinamerica/njournaloffundamentalpsychopathology/2006/vol3/no2/5.pdf>
- Coutinho, L. G., & Rocha, A. P. R. (2007). Grupos de reflexão com adolescentes: Elementos para uma escuta psicanalítica na escola. *Psicologia Clínica*, 19, 71–85.
- Cutts, S. (2017, 24 de novembro). *Happiness*. [Vídeo]. YouTube. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=e9dZQelULDk&ab_channel=SteveCutts
- do Valle, M. P. (2024). *Dinâmicas de grupo aplicadas à psicologia do esporte*. Vetor Editora.
- Emílio, S. A. (2021). Grupos psicanalíticos de reflexão e discussão enquanto modalidades de grupos operativos. In T. V. Santeiro, B. S. Fernandes, & W. S. Fernandes (Orgs.). *Clínica de grupos de inspiração psicanalítica: Teoria, prática e pesquisa*. Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina. <http://bit.ly/clingrupos>
- Esposito, B. (2022). *Um meio maleável: Aportes psicanalíticos para grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação* [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.47.2022.tde-03102022-104818>
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x>
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (Original publicado em 1987). Johns Hopkins University Press.
- Fernandes, W. J., & Santeiro, T. V. (2021). Proposta introdutória de classificação do trabalho grupal. In T. V. Santeiro, B. S. Fernandes, & W. S. Fernandes (Orgs.). *Clínica de grupos de inspiração psicanalítica: Teoria, prática e pesquisa*. Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina. <http://bit.ly/clingrupos>
- Sebastião, M. (2024, 20 de fevereiro). Estudo aponta que taxas de suicídio e autolesões aumentam no Brasil. *Agência Fiocruz de Notícias*. <https://agencia.fiocruz.br/estudo-aponta-que-taxas-de-suicidio-e-autolesoes-aumentam-no-brasil>
- Freud, S. (2006). *Sexualidade feminina* (J. Strachey Ed., Vol. 19). Imago. (Original publicado em 1931)
- Freud, S. (2011). O eu e o id. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (P.C. de Souza Trad., Vol. 16, pp. 13-83). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923)
- Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança uma abordagem multidisciplinar: manejo, terapia e intervenção legal integrados*. Artes médicas.
- Gabriel, I. M., Costa, L. C. R., Campeiz, A. B., Salim, N. R., Silva, M. A. I., & Carlos, D. M. (2020). Autolesão não suicida entre adolescentes: Significados para profissionais da educação

- e da Atenção Básica à Saúde. *Escola Anna Nery*, 24(4), e20200050. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0050>
- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: Características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo* [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo]. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/publico/JackelineSuzieGiusti.pdf>
- Gorayeb, R. (1986). Etapas do desenvolvimento psicológico. In R. Gorayeb, *Psicopatologia infantil* (pp. 31–43). EPU.
- Grace, H. (2016, 26 de abril). *Overcomer* [Vídeo]. YouTube. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=V6ui161NyTg&ab_channel=HannahGrace
- Hentz, R., & Kupermann, D. (2021). O lugar atribuído aos pais no sofrimento do adolescente. *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 13(2), 3–20. <https://doi.org/10.18379/2176-4891.2021v2p.3>
- Jatobá, M. M. V. (2010). *O ato de escarificar o corpo na adolescência: uma abordagem psicanalítica*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia]. https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/maria_manoella_jatoba.pdf
- Jeammet, P., & Corcos, M. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: Evolução e manejo da dependência*. Casa do Psicólogo.
- Le Breton, D. (2010). Escarificações na adolescência: Uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*, 16(33), 25–40. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832010000100003>
- Lesourd, S. (2004). *A construção adolescente do laço social*. Vozes.
- Levisky, D. L. (1997). *Adolescência e violência: Consequências da realidade brasileira*. Artes Médicas.
- Lima, L. M. de, Silva, D. V. da, Silva, D. R., Spini, M. R., & Rasera, E. F. (2023). Significados e ações frente à automutilação no contexto educacional brasileiro: Revisão sistemática. *Psicologia Escolar e Educacional*, 27, e247706. <https://doi.org/10.1590/2175-35392023-247706>
- Lopes, G. C. L. (2020). *Um estudo sobre a automutilação e ideação suicida em discentes do ensino médio integrado do Instituto Federal da Paraíba – Campus Cabedelo* [Dissertação de Mestrado, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba].
- Macedo, M. M. K. (Org.). (2012). *Adolescência e psicanálise: Interseções possíveis*. Edipucrs.
- Miranda, A. A. W. R. de, & Protti, L. C. (2019). A prática das escarificações em moças: Uma abordagem psicanalítica das questões com a feminilidade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 22(1), 41–50. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982019001005>
- Moraes, D. X., Moreira, É. de S., Sousa, J. M., Vale, R. R. M. do, Pinho, E. S., Dias, P. C. da S., & Caixeta, C. C. (2020). “The pen is the blade, my skin the paper”: Risk factors for self-injury in adolescents. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20200578. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0578>
- Moreira, É. de S., Vale, R. R. M. do, Caixeta, C. C., & Teixeira, R. A. G. (2020). Automutilação em adolescentes: Revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(10), 3945–3954. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.31362018>
- Pacheco, F. P., Martins, C. M. D. S. S., & Bomfim, Z. Á. C. (2020). Contribuições da psicologia para a análise de desapropriações de comunidades dos espaços urbano e rural cearenses. *Revista de Psicologia*, 11(2), 132–140.
- Padilha, M. da G. S., & Gomide, P. I. C. (2004). Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(1), 53–61. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100007>
- Pena, B. F., & Silva, R. D. C. D. (2018). O Outro no ensino lacaniano: Algumas considerações. *Estudos de Psicanálise*, (49), 81–90. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000100007&lng=pt&tlng=pt
- Pichon-Rivière, E. (2012). *O processo grupal* (8a ed.). Martins Fontes. (Original publicado em 1983).

- Pinheiro, T. P., Warmling, D., & Coelho, E. B. S. (2021). *Caracterização das tentativas de suicídio e automutilações por adolescentes e adultos notificadas em Santa Catarina, 2014-2018*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30(4), e2021337. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400026>
- Pitty. (2014). Setevidas [Canção]. In Setevidas. Deckdisc.
- Pixar. (2018). *Purl* [Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=B6uulHpFkuo&t=53s&ab_channel=Pixar
- Quesada, A. A., Figueiredo, C. G. S., Neto, C. H. A., Figueiredo, K. S., & Garcia, M. S. (2020). *Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para professores e profissionais de saúde*. Fundação Demócrito Rocha. <https://prevencaoevida.com.br/>
- Ribeiro, A. C. O. P., Leite, R. F. D., & Couto, V. V. D. (2022). Autolesão em estudantes adolescentes de uma escola pública. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 10(1), 135–144. <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i0.5000>
- Ribeiro, J. R., Villar, R. S., Stone, A. S., & Farias, C. P. (2023). Adolescência e mídias digitais: Alguns desdobramentos possíveis. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 12(23). <http://seer.ufsj.edu.br/analytica/article/view/4478>
- Rosenthal, R., Rinzler, C., Wallsch, R., & Klausner, E. (1972). Wrist-cutting syndrome: The meaning of a gesture. *American Journal of Psychiatry*, 128(11), 1363–1368. <https://doi.org/10.1176/ajp.128.11.1363>
- Saldanha, A. A., & Batista, J. R. M. (2009). A concepção do role-playing game (RPG) em jogadores sistemáticos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 700–717. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400005>
- Sato, F. G., Martins, R. C. R., Guedes, C. F., & Rosa, M. D. (2017). O dispositivo grupal em psicanálise: Questões para uma clínica política do nosso tempo. *Revista Psicologia Política*, 17(40), 484–499.
- Savietto, B. B. de A. (2007). Passagem ao ato e adolescência contemporânea: Pais “desmapeados”, filhos desamparados. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(3), 438–453. <https://doi.org/10.1590/1415-47142007003005>
- Scavacini, K., Cornejo, E. R., Cescon, L. F., Guedes, I., Cacciaccarro, M. F., & Motoyama, E. P. (2020). *Prevenção do suicídio na internet: Baralho terapêutico, voltado a pais e educadores*. <https://vitaalere.com.br/materiais-online/prevencao-do-suicidio-na-internet-baralho-terapeutico/>
- Tardivo, L. C., Salles, R. J., & Gabriel Filho, L. (2013). Uma proposta de formação do psicólogo em saúde mental: Ensino, pesquisa e intervenção. *Educação, Sociedade & Culturas*, 39, 79–99. https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/06.LeilaTardivo_et al.pdf
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (2a ed.). Vozes.
- Von Mühlen, M. C., & Câmara, S. G. (2021). Revisão narrativa sobre a automutilação não suicida entre adolescentes. *Aletheia*, 54(1). 136-145. <https://doi.org/DOI10.29327/226091.54.1-15>

Sintomas de ansiedade associados a fatores sociodemográficos, emocionais e comportamentais em adolescentes após a pandemia da COVID-19

Andréa Maria Rigo Lise¹ , Rosa Maria Rodrigues² , Cíntia Nasi³ , Bruna Tais Zack⁴ ,
Luísa Rigo Lise⁵  e Gicelle Galvan Machineski⁶ 

Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil

Universidade Federal do Paraná, Toledo, Paraná, Brasil

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil

Resumo: A adolescência consiste no período entre os 10 e os 19 anos, demarcado por grandes transformações físicas, cognitivas e psicossociais necessárias para a construção da autonomia e da independência. Os transtornos psiquiátricos são comuns na adolescência, e a sua epidemiologia é influenciada por eventos estressantes. Este estudo buscou verificar a prevalência de sintomas de ansiedade e os fatores sociodemográficos, emocionais e comportamentais associados em adolescentes após a pandemia da COVID-19, na cidade de Cascavel (PR). Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, com delineamento amostral não probabilístico por conveniência, realizado com adolescentes matriculados do nono ano do ensino fundamental ao terceiro ano do ensino médio em escolas públicas e privadas da cidade de Cascavel (PR). Foram aplicados um questionário sociodemográfico e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A). A amostra foi composta por 413 adolescentes. A prevalência de sintomas de ansiedade foi de 56,7%. Ser do sexo masculino e rezar foram fatores protetivos em relação à presença de sintomas ansiosos. Em contrapartida, adolescentes que tiveram ao menos um dos pais desempregados no período da pandemia, realizaram nova atividade durante a pandemia — como cozinhar ou tocar instrumento musical — e buscaram atendimento psicológico e/ou psiquiátrico após o período de distanciamento social tiveram mais chances de apresentar sintomas de ansiedade. Além disso, observou-se um aumento da necessidade de atendimentos psicológicos ou psiquiátricos após o período de distanciamento social na população estudada. Conclui-se que a pandemia impactou de forma negativa a saúde mental de adolescentes, sendo encontrados, em cerca de metade da amostra, sintomas ansiosos e uma importante procura por atendimento especializado associada ao quadro, bem como a realização de novas atividades e o desemprego familiar.

Palavras - chave: adolescentes, ansiedade, pandemia

¹ Mestre em Biociências e Saúde pelo Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel (PR), Brasil. *E-mail:* andrealise2094@hotmail.com

² Doutora em Educação pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. *E-mail:* rmrodri09@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* nasi.cintia@gmail.com

⁴ Doutora em Biociências e Saúde pela Universidade Federal do Paraná, Toledo (PR), Brasil., Brasil. *E-mail:* brunazack@hotmail.com

⁵ Graduanda de medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* luisarigolise@hotmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. *E-mail:* gmachineski@gmail.com

Anxiety symptoms associated with sociodemographic, emotional and behavioral factors in adolescents after the COVID-19 pandemic

Abstract: Adolescence consists of the period between 10 and 19 years old, marked by significant physical, cognitive, and psychosocial transformations necessary for the construction of autonomy and independence. Psychiatric disorders are common in adolescence. The epidemiology of mental disorders is influenced by stressful events. This study aimed to verify the prevalence of anxiety symptoms, sociodemographic, emotional, and behavioral factors associated with post-COVID-19 pandemic adolescents in the city of Cascavel. It is a quantitative, descriptive, cross-sectional study with a non-probabilistic convenience sampling design, with a convenience sample of adolescents enrolled from ninth grade of elementary school to third grade of high school in public and private schools in the city of Cascavel, Paraná. A sociodemographic questionnaire and the Depression, Anxiety and Stress Scale for Adolescents were applied. The sample used in this study consisted of 413 adolescents. The prevalence of anxiety symptoms was 56.7%. Being male and praying were protective factors regarding the presence of anxious symptoms. Conversely, adolescents who had at least one unemployed parent during the pandemic, engaged in new activities during the pandemic - such as cooking, playing a musical instrument - and sought psychological and/or psychiatric care after the period of distancing had, in statistical analysis, higher chances of presenting anxiety levels. Furthermore, there was an increase in the need for psychological or psychiatric care after the isolation period, demonstrating the impact of the pandemic on the mental health of this age group. In conclusion, the pandemic negatively and significantly impacted the mental health of adolescents, with about half of the sample presenting anxious symptoms and an important association of these symptoms with seeking specialized care, engaging in new activities, and family unemployment.

Keywords: adolescents, anxiety, pandemic

Introdução

A adolescência consiste no período entre os 10 e os 19 anos, demarcado por transformações físicas, cognitivas e psicossociais necessárias para a construção da autonomia e da independência, segundo a Organização Mundial da Saúde [OMS] (2021). Nesta fase, é primordial o contato com grupos de pares, pois a convivência proporciona prazer, como também é essencial para o desenvolvimento do ser humano (Silva et al., 2004).

A pandemia da doença por coronavírus, o *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19), foi um grande desafio do século XXI, afetando todos os continentes, diferentemente das epidemias passadas, que não apresentaram tamanha dimensão (Li et al., 2020), e desencadeando sofrimento emocional principalmente entre adolescentes (Lima et al., 2020). No Brasil, mais de 708 mil indivíduos faleceram em decorrência da doença (Brasil, 2024).

Devido à alta transmissibilidade do *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), a síndrome respiratória aguda grave relacionada ao COVID-19, e em função da inexistência de medicações e vacinas no primeiro ano da pandemia, as intervenções não farmacológicas, como a medida de distanciamento social, foram necessárias para mitigar o contágio físico entre as pessoas (Cowling & Aiello, 2020). Tais intervenções incluíram o fechamento de escolas, cinemas, parques, locais de trabalho e fronteiras (OMS, 2020). Observa-se que tal medida seria eficaz para a prevenção de casos de COVID-19 (Silva et al., 2021), porém causou implicações nos hábitos comportamentais dos adolescentes, como diminuição de atividade física e aumento do tempo de tela (Malta et al., 2021). Além disso, houve prejuízo no contato social, resultando em situações de estresse, sentimentos de raiva e/ou solidão (Bao et al., 2020; Ahmed et al., 2020).

Em decorrência da pandemia da COVID-19, houve aumento de transtornos psiquiátricos, especialmente transtornos de ansiedade, transtorno depressivo e luto (Rego & Maia, 2021). Em revisão sistemática que abordou o impacto da quarentena em outros eventos do passado, como a infecção pelo vírus da síndrome respiratória SARS-CoV-1, a

síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), o subtipo do vírus influenza A (H1N1) e o Ebola, mostrou-se que o impacto na saúde mental dos indivíduos pode perdurar para além do surto, mesmo quando, decorrente do isolamento social transcorrido em período relativamente curto, em torno de 10 a 21 dias (Brooks et al., 2020).

Houve aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão no primeiro ano da pandemia de COVID-19, sendo destacados o isolamento social como a principal causa e os adolescentes como os mais impactados (OMS, 2022). Os transtornos de ansiedade destacam-se entre os transtornos psiquiátricos, com maior prevalência no sexo feminino, especialmente a partir da adolescência, apresentando uma probabilidade de ocorrência entre 1,5 a 2 vezes superior à observada no sexo masculino (Thibaut, 2017).

Nesse contexto, sintomas depressivos, sintomas ansiosos, alteração no sono, baixa autoestima e falta de controle são prevalentes em pessoas impactadas pelas medidas de prevenção (Brooks et al., 2020). Da mesma forma, na Espanha, nos primeiros dias de confinamento devido à pandemia, observou-se ansiedade, depressão, sintomas somáticos e rebeldia em crianças e adolescentes (Pizarro-Ruiz & Ordóñez-Cambor, 2021). Corroborando o que já foi descrito, o distanciamento social modificou estilos de vida, como o padrão alimentar, causou ausência de atividades físicas, incremento de sentimentos negativos, impacto na área econômica e social, bem como aumento de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, visto que o fator social tem uma grande influência sobre esses sintomas (Xiao et al., 2020).

Em um estudo com usuários chineses da plataforma Weibo, rede social virtual chinesa, que permite o compartilhamento de mensagens curtas, identificou-se alteração no perfil emocional dos usuários após a Comissão Nacional de Saúde oficializar a COVID-19 como uma doença infecciosa, havendo aumento de publicações referentes a sentimentos negativos como ansiedade, depressão e indignação (Li et al., 2020). De forma geral, há aumento de níveis de estresse e insegurança diante de pandemias decorrentes de doenças infecciosas (Tomim & Nascimento, 2021).

Diante do exposto, a importância do presente estudo demonstra-se pelas consequências que, além da contaminação viral, relacionam-se à saúde mental dos adolescentes que tiveram suas rotinas modificadas, com estudos *on-line*, restrição de contato familiar e com amigos e surgimento de sintomas ansiosos e depressivos. Diante desse contexto, o objetivo do estudo foi o de verificar a prevalência de sintomas de ansiedade e os fatores sociodemográficos, emocionais e comportamentais associados em adolescentes após a pandemia da COVID-19, na cidade de Cascavel (PR).

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, com delineamento amostral não probabilístico por conveniência, realizado com adolescentes matriculados do nono ano do ensino fundamental ao terceiro ano do ensino médio, em sete escolas públicas e duas privadas da cidade de Cascavel (PR).

O total de adolescentes matriculados nas escolas públicas selecionadas era de N=1857, e nas escolas particulares, 432. Estes foram convidados a participar da pesquisa, incluindo-se na amostra os que aceitaram e trouxeram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos pais ou responsáveis, além de terem assinado o termo de assentimento para participação no estudo, na escola ou em domicílio, no período de maio a agosto de 2023.

A coleta de dados ocorreu por meio de autopreenchimento do questionário sociodemográfico elaborado pela autora especialmente para este estudo, o qual investigou informações sobre sexo, idade, escolaridade do participante e de seus pais, religião, número de pessoas que residem na casa, se reside com idoso, desemprego na família no período de isolamento social, casos de COVID-19 na família/quem foi contaminado, necessidade de internamento/ de quem, óbito na família, prática de atividade física e/ou recreativa, horas de uso de internet, presença de sentimento positivo/negativo, ocorrência de sentimento de medo de morrer ou de perder

alguém, do que sentiu falta e estado emocional ao retornar às aulas presenciais; o referido instrumento foi validado quanto à forma e ao conteúdo por cinco juízes especialistas nas áreas de saúde mental, saúde coletiva e psiquiatria para a realização da pesquisa.

Além disso, os referidos alunos foram submetidos à aplicação da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A) — nomeada após a validação da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – 21 (DASS-21) no Brasil —, a qual consiste em um instrumento de autorrelato, composto por 21 afirmações, divididas em três subescalas tipo Likert de quatro pontos (0, 1, 2 e 3). Cada subescala é formada por sete itens, com o objetivo de avaliar estados emocionais de ansiedade, depressão e estresse em adolescentes (Patias et al., 2016). Para este estudo, utilizaram-se apenas as questões relacionadas ao *cluster* de ansiedade da EDAE-A.

Os questionários foram entregues nas escolas, ficando os diretores e os coordenadores responsáveis por entregá-los aos adolescentes que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Obtiveram-se 462 respondentes que preencheram o questionário sociodemográfico e a Escala EDAE-A; destes, 413 adolescentes com idades entre 12 e 18 anos foram incluídos na análise após a remoção dos questionários não preenchidos ou daqueles com respostas não condizentes com as perguntas, constituindo uma amostra por conveniência.

A presente pesquisa respeitou todos os preceitos éticos e foi realizada apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e a emissão do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE). Desse modo, sua aprovação, deu-se sob o parecer número 5.513.669 e CAAE número 33352220.2.0000.0107.

Análise Estatística

Para avaliar a relação entre as variáveis independentes e a variável de desfecho (nível de ansiedade), foram realizadas uma análise univariada e os testes qui-quadrado e exato de Fisher. As variáveis independentes foram: sexo, rezar, morar com idosos,

pais desempregados (ao menos um deles); se alguém da família contraiu COVID-19; realização de atividade física; medo ou terror em relação ao futuro; medo de perder alguém; medo de morrer; frequência com que se informava sobre a pandemia; se iniciou alguma atividade nova; sentimentos e se realizou acompanhamento psicológico ou psiquiátrico após a pandemia. Utilizou-se o programa RStudio, versão 4.3.2, para realizar todas as análises estatísticas.

Com base nos resultados desta análise univariada, foram selecionadas as variáveis independentes que apresentaram associações estatisticamente significativas com a variável dependente multinomial para inclusão no modelo de regressão logística multinomial. As variáveis cujo valor de p fosse igual ou menor a 0,20 ($p \leq 0,20$) foram selecionadas para compor o modelo (Hair et al., 2009).

Na análise univariada, examinou-se cada variável independentemente, o que pode levar a interpretações simplistas e incompletas das relações entre variáveis. Em contraste, a regressão logística multinomial permite controlar e ajustar para múltiplas variáveis independentes simultaneamente, o que ajuda a reduzir o impacto de fatores de confusão.

No contexto da regressão logística multinomial, a variável dependente assume múltiplas categorias ou níveis. Neste estudo, para a variável dependente, as múltiplas categorias elencadas intencionalmente para agrupamento e avaliação foram “Normal”, “Leve”, “Moderado”, “Severo” e “Extremamente Severo”, e o objetivo foi entender como as variáveis independentes influenciam a probabilidade de um caso pertencer a cada uma dessas categorias.

Na regressão logística multinomial, estimam-se os logaritmos das chances (*log-odds*) de pertencimento a cada categoria, em relação à categoria de referência. Deste modo, neste estudo, a categoria de referência foi definida como “Normal”. Os logaritmos das chances e seus intervalos de confiança foram submetidos à função exponencial, com o intuito de proporcionar maior facilidade na interpretação dos resultados. Portanto, as magnitudes das associações foram representadas pela razão de chances *Odds Ratio* (OR), com

respectivo Intervalo de Confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Ressalta-se que nem todos os participantes responderam a todas as questões do instrumento, resultando em variação no número total de respostas válidas (n) entre as variáveis analisadas. Os casos omissos foram tratados como dados faltantes e excluídos das análises correspondentes (*listwise deletion*). O número de casos válidos está indicado em cada tabela.

Resultados

A amostra utilizada neste estudo foi composta por 413 adolescentes, sendo a maioria deles do sexo feminino ($N=238/57,63\%$). A média das idades dos participantes foi de 15,4 anos. Mais da metade ($N=263/63,68\%$) da amostra constituiu-se por participantes que se identificam como brancos, em relação à raça/cor. Verificou-se maior participação de estudantes do segundo ano do ensino médio, com uma taxa de 33,66% ($N=139$). Dentre os participantes, 25,67% ($N=106$) não souberam informar a escolaridade de seus pais; em relação às mães, 20,82% ($N=86$) informaram que elas possuíam ensino superior completo. Em relação à religião, mais de 80% da amostra relatou possuí-la, porém, durante a pandemia, em torno de 60% dos adolescentes praticaram o ato de rezar.

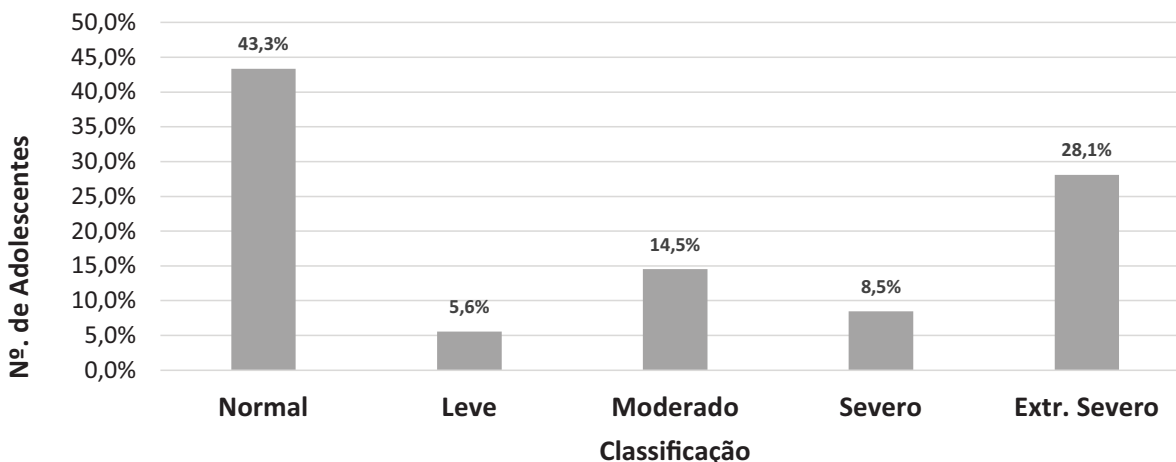
Dos participantes da pesquisa, 41,65% ($N=172$) relataram morar em domicílios com quatro habitantes; destes, a maioria ($N=355/85,96\%$) morava com os pais, e os que residiam com idosos totalizaram apenas 15,25% ($N=63$). Em relação ao trabalho, 82,81% ($N=342$) dos adolescentes referiram que seus pais permaneceram trabalhando e 67,80% ($N=280$) das mães, durante o período da pandemia. No entanto, verificou-se que 10,41% ($N=43$) dos adolescentes participantes relataram o desemprego de pelo menos um dos pais no mesmo intervalo de tempo.

Durante a pandemia, menos da metade ($N=152/36,80\%$) dos adolescentes se exercitou; no entanto, a prevalência dos que iniciaram uma atividade nova foi de 60% ($N=248$), como: cozinhar, pintar, desenhar, tocar algum instrumento, jogar e usar tecnologias.

Em torno de 70% (N=289) dos adolescentes referiram sentimentos negativos, como tristeza, medo, angústia durante a pandemia, e 10% (N=41) apresentaram sentimentos positivos, como felicidade e alegria. Dos participantes do estudo, 73,85% (N=305) apresentaram medo ou terror referente ao futuro e 22% (N=91) medo de morrer, enquanto 72% (N=297) apresentaram medo de perder alguém durante a pandemia. Em relação ao acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, antes da pandemia, apenas 12% (N=50) dos participantes realizavam acompanhamento, percentual que aumentou para 32% (N=132) no período pós-pandêmico.

Figura 1

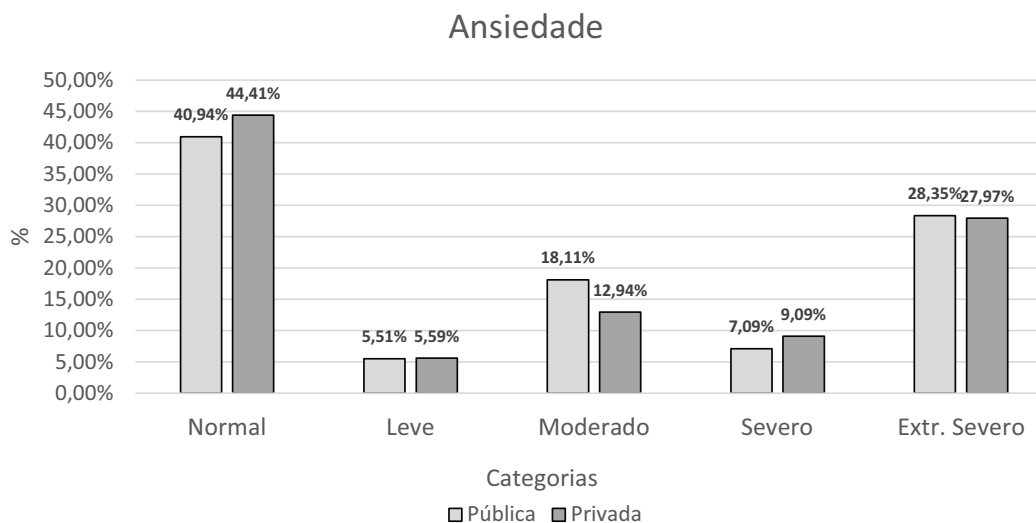
Distribuição de frequências quanto à Escala de Ansiedade para Adolescentes. Cascavel (PR), 2023



Os sintomas da Escala EDAE-A foram classificados e quantificados conforme níveis de sintomas de ansiedade, sendo: normal = 0-6; leve = 7-9; moderado = 10-14; severo = 15-19 e extremamente severo = 20-42 (Correa et al., 2020). Mais da metade (51,1%) dos adolescentes apresentou sintomas de ansiedade moderados, severos ou extremamente severos (Figura 1).

Figura 2

Frequência relativa quanto ao tipo de rede de ensino para a Escala de Ansiedade. Cascavel (PR), 2023



Não se verificou diferença significativa em relação aos sintomas de ansiedade nos adolescentes de escolas públicas e privadas, foi realizado o teste de Qui-quadrado para independência e o valor de p foi 0,6834. Os níveis de ansiedade e possíveis variáveis descritoras são demonstrados na Tabela 1

Tabela 1

Distribuição dos níveis de ansiedade, segundo as características sociodemográficas, os aspectos emocionais e os comportamentos dos adolescentes durante a pandemia

Variáveis	Escala Ansiedade										Valor de p	
	Normal		Leve		Moderado		Severo		Extremamente Severo			Total
Sexo	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	396	< 0,0001
Feminino	70	17,68%	17	4,29%	37	9,34%	26	6,57%	89	22,47%		
Masculino	106	26,77%	6	1,52%	20	5,05%	7	1,77%	18	4,55%		
Rezar												
Não	61	14,84%	7	1,70%	17	4,14%	20	4,87%	47	11,44%	411	0,0549
Sim	118	28,71%	16	3,89%	41	9,98%	15	3,65%	69	16,79%		
Mora com Idoso												
Não	143	35,05%	22	5,39%	55	13,48%	27	6,62%	98	24,02%	408	0,1272#
Sim	34	8,33%	1	0,25%	5	1,23%	7	1,72%	16	3,92%		
País Desempregados												
Não	152	39,28%	22	5,68%	52	13,44%	24	6,20%	94	24,29%	387	0,0542#
Sim	16	4,13%	1	0,26%	4	1,03%	9	2,33%	13	3,36%		
Atividade Física Durante a Pandemia												
Não	101	24,57%	11	2,68%	41	9,98%	26	6,33%	78	18,98%	411	0,0618
Sim	77	18,73%	12	2,92%	19	4,62%	9	2,19%	37	9,00%		
Medo ou Terror com o Futuro												
Não	72	17,52%	3	0,73%	9	2,19%	6	1,46%	16	3,89%	411	< 0,0001
Sim	106	25,79%	19	4,62%	51	12,41%	29	7,06%	100	24,33%		
Medo de Perder Alguém												
Não	36	8,74%	2	0,49%	8	1,94%	2	0,49%	11	2,67%	412	0,0526#
Sim	142	34,47%	21	5,10%	52	12,62%	33	8,01%	105	25,49%		
Medo de Morrer												
Não	123	30,00%	13	3,17%	28	6,83%	22	5,37%	60	14,63%	410	0,0058
Sim	54	13,17%	9	2,20%	32	7,80%	13	3,17%	56	13,66%		
Atividade nova na pandemia												
Não	74	18,41%	6	1,49%	27	6,72%	8	1,99%	41	10,20%	402	0,1329
Sim	100	24,88%	17	4,23%	33	8,21%	26	6,47%	70	17,41%		
Acompanhamento Psicológico ou Psiquiátrico Depois da Pandemia												
Não	154	37,29%	18	4,36%	41	9,93%	17	4,12%	51	12,35%	413	< 0,0001
Sim	25	6,05%	5	1,21%	19	4,60%	18	4,36%	65	15,74%		
Sentimentos Durante a Pandemia												
Negativos	98	23,90%	17	4,15%	48	11,71%	28	6,83%	92	22,44%	410	0,0016#
Positivos	29	7,07%	2	0,49%	2	0,49%	4	0,98%	4	0,98%		
Misto	17	4,15%	2	0,49%	4	0,98%	1	0,24%	8	1,95%		
Nenhum	32	7,80%	2	0,49%	6	1,46%	2	0,49%	12	2,93%		

Legenda:

Teste Exato de Fischer

Nota: n = número de respostas válidas. O total de participantes varia conforme o número de respostas obtidas para cada variável.

O sexo feminino apresentou maior prevalência de níveis elevados de ansiedade (moderado a extremamente severo), com destaque para 22,47% (N=89) das mulheres no nível extremamente severo, em comparação a apenas 4,55% (N=18) dos homens. O valor de $p < 0,0001$, indica uma associação estatisticamente significativa entre sexo e níveis de ansiedade.

O medo ou terror em relação ao futuro apresentou forte associação com níveis mais elevados de ansiedade ($p < 0,0001$), assim como o medo de morrer ($p = 0,0058$). Entre os participantes que relataram medo do futuro, 24,33% (N=100) apresentaram níveis de ansiedade extremamente severos, ao passo que apenas 3,89% (N=16) dos que não manifestaram esse sentimento encontravam-se nessa mesma categoria.

A respeito da necessidade de atendimento psicológico ou psiquiátrico após o período de isolamento social, os dados demonstram associação estatisticamente significativa entre o acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e os níveis de ansiedade ($p < 0,0001$). Entre os participantes que procuraram atendimento, 15,74% (N=65) apresentaram níveis de ansiedade extremamente severos, enquanto a maioria daqueles que não buscaram suporte apresentava níveis normais de ansiedade (37,29%/N=154). Estes resultados indicam que os indivíduos que recorreram a ao acompanhamento psicológico tendem a apresentar sintomas mais graves.

A Tabela 2 apresenta fatores preditores de ansiedade.

Tabela 2

Análise de regressão logística multinomial de fatores preditores de ansiedade.

Variáveis	Sintomas de Ansiedade											
	Leve			Moderado			Severo			Extremamente Severo		
Sexo	OR	IC (95%)	Valor de p	OR	IC (95%)	Valor de p	OR	IC (95%)	Valor de p	OR	IC (95%)	Valor de p
Feminino	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Masculino	0,28	0,09	0,83	0,0220	0,56	0,27	1,19	0,1319	0,24	0,09	0,69	0,0079
Rezar												
Não	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sim	0,83	0,29	2,41	0,7358	1,23	0,56	2,68	0,6013	0,23	0,09	0,61	0,0031
País Desempregados												
Não	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sim	0,46	0,05	3,92	0,4780	0,51	0,15	1,74	0,2802	4,87	1,57	15,10	0,0062
Atividade Nova na Pandemia												
Não	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sim	1,95	0,67	5,64	0,2199	0,69	0,34	1,39	0,2949	3,21	1,19	8,90	0,0246
Acompanhamento Psicológico ou Psiquiátrico Depois da Pandemia												
Não	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sim	0,86	0,26	2,79	0,7961	2,42	1,08	5,43	0,0319	2,14	0,80	5,77	0,1308

Legenda:

OR: *Odds Ratio*

IC: Intervalo de Confiança

Na análise de regressão logística, os adolescentes do sexo masculino apresentam menor chance de apresentar níveis de ansiedade leve (OR = 0,28; IC 95%: 0,09 – 0,83; $p = 0,0220$), severo (OR = 0,24; IC 95%: 0,09 – 0,69; $p = 0,0079$) e extremamente severo (OR = 0,21; IC 95%: 0,10 – 0,42; $p = 0,0001$) quando comparados aos adolescentes do sexo feminino.

O grupo de adolescentes que rezava durante a pandemia apresentou menor chance de expressar sintomas de ansiedade severo (OR = 0,23; IC 95%: 0,09 – 0,61; $p = 0,0031$), quando comparado ao dos que não rezavam.

Adolescentes que tiveram ao menos um dos pais desempregado, no período da pandemia, apresentaram 4,8 vezes mais chances de apresentar sintomas de ansiedade severa (OR = 4,87; IC 95%: 1,57 – 15,10; p = 0,0062).

Os que fizeram atividade nova durante a pandemia, como cozinhar, tocar instrumento musical e desenhar, apresentaram 3,2 vezes mais chances de manifestar sintomas severos de ansiedade (OR = 3,21; IC 95%: 1,19 – 8,90; p = 0,0246). Da mesma forma, aqueles que procuraram atendimento psicológico e/ou psiquiátrico após o período de distanciamento apresentaram 2 vezes mais chances de demonstrar sintomas de ansiedade moderados (OR = 2,42; IC 95%: 1,08 – 5,43; p = 0,0319) e 4 vezes mais de ansiedade extremamente severos (OR = 4,34; IC 95%: 2,19 – 8,60; p = 0,0001), em relação aos que não procuraram atendimento profissional.

Adolescentes que moravam ou não com idosos, que fizeram ou não atividade física, apresentaram ou não medo em relação ao futuro, medo de morrer ou não, medo ou não de perder alguém e presença ou não de sentimentos negativos e/ou positivos não mostraram diferenças estatisticamente significativas.

Discussão

Evidenciou-se uma prevalência de sintomas de ansiedade de 56,7% entre os adolescentes avaliados, sendo 36,6% correspondentes a sintomas severos ou extremamente severos, em indivíduos com idades entre 12 e 18 anos. Observou-se que as meninas apresentaram maior probabilidade de manifestar tais sintomas. Esses resultados diferem dos identificados em uma metanálise mundial, que apontou taxa de prevalência de 6,5% para qualquer transtorno de ansiedade entre crianças e adolescentes (Polanczyk et al., 2015).

Neste estudo, constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre a presença de sintomas de ansiedade e as variáveis: sexo, ato de rezar, desemprego de ao menos um dos pais, prática de uma nova atividade durante a pandemia e o acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, conforme será discutido a seguir.

A prevalência de sintomas ansiosos observada neste estudo corrobora achados de outras investigações realizadas durante a pandemia, as quais identificaram uma prevalência de 65,6% de sintomas de ansiedade em adolescentes de 14 a 18 anos, com maior impacto sobre o sexo feminino (Borges et al., 2023). De modo semelhante, Qi et al. (2020) observaram, em uma amostra chinesa de indivíduos entre 11 e 20 anos, prevalência de 19% de sintomas de ansiedade. Os autores relataram associação significativa com o sexo feminino, sono inferior a seis horas diárias, ensino secundário, excesso de tarefas escolares e preocupação com a formatura; por outro lado, mais de oito horas de sono e atividade física diária entre 30 e 60 minutos foram fatores de proteção. Esses achados são consistentes com o estudo de Zhou et al. (2020), os quais relataram que 37,4% dos estudantes chineses entre 12 e 18 anos apresentavam sintomas de ansiedade, com maior incidência entre os alunos do último ano do ensino médio. Do mesmo modo, um estudo realizado *on-line* no Brasil evidenciou que 33,8% apresentavam sintomas de ansiedade grave e muito grave (Binotto et al., 2021). Em outro estudo nacional, identificou-se que crianças que não praticavam atividade física apresentaram uma chance 1,37 vez maior de manifestar sintomas de ansiedade quando comparadas àquelas que se mantiveram fisicamente ativas durante a pandemia (Paiva et al., 2021).

O estudo com adolescentes chineses que comparou a ansiedade em dois momentos, fevereiro e abril de 2020, mostrou um aumento de 19% e de 36,7% na taxa de ansiedade, respectivamente, com o prolongamento do período em domicílio, sendo mais prevalente no sexo feminino (Chen et al., 2021). Diferentemente, o estudo conduzido na Itália observou menores taxas de sintomas ansiosos em adolescentes durante o período pandêmico, em comparação ao período não pandêmico, e não houve diferença entre os sexos (Muzi et al., 2021). Assim como na Noruega, houve um pequeno aumento nas taxas de ansiedade entre os adolescentes; este, provavelmente, está relacionado ao aumento da idade entre as avaliações, visto que foram comparados em momentos diferentes, e

não ao contexto da pandemia (Hafstad et al., 2021). Também, um estudo conduzido no Brasil evidenciou ansiedade em 19,4% das crianças investigadas, não havendo diferença estatística entre os sexos (Garcia de Ávila et al., 2020).

Conforme revisão integrativa, no período de confinamento devido à pandemia da COVID-19, houve mudanças nos hábitos de vida de crianças e adolescentes, ocorrendo diminuição no tempo destinado à atividade física; por outro lado, houve aumento de horas em atividades de tela, alto nível de ansiedade e problemas emocionais (Leite et al., 2023). Achados semelhantes foram observados em crianças brasileiras, havendo menor tempo destinado à atividade física e aumento da exposição a telas (Sá et al., 2020).

Estudo realizado com adolescentes nos primeiros dias de confinamento domiciliar na Espanha, evidenciou alteração no estado emocional, aumentando a ansiedade e impactando a saúde mental dos adolescentes (Pizarro-Ruiz & Ordóñez-Cambor, 2021).

A evidência de um dos pais ter ficado desempregado e uma maior chance de apresentar sintomas de ansiedade vêm ao encontro do prejuízo gerado pela pandemia e da consequente perda de emprego e presença de sofrimento mental em jovens (Golberstein et al., 2020). Indo ao encontro dessas informações, filhos de pais desempregados apresentam reações afetivas mais negativas, quando comparados a adolescentes com pais empregados (Faria, 2013).

Um estudo com indivíduos que passaram a exercer trabalho remoto durante a pandemia da COVID-19, e permaneceram em distanciamento social, evidenciou que a prática de atividade nova, como meditação e yoga, durante a pandemia, foi considerada importante para a saúde, sendo que 30% dos participantes iniciaram tais atividades por apresentarem sintomas de ansiedade (Ribeiro et al., 2023).

Souza et al. (2023) identificaram que indivíduos que oravam diariamente apresentavam menos sintomas ansiosos em comparação com aqueles que praticamente não oravam (uma a duas vezes por ano). Ao encontro destas informações, a

prática da espiritualidade de forma frequente pode diminuir o impacto psicológico, como a ansiedade (Santos et al., 2022).

Não se verificou diferença estatisticamente significativa nos sintomas de ansiedade entre adolescentes de escolas públicas e privadas. De forma semelhante, em estudo conduzido na cidade do Recife, Jatobá e Bastos (2007) também não observaram associação entre os sintomas de ansiedade e o tipo de escola.

É importante salientar que a faixa etária em estudo se caracteriza como uma importante fase de desenvolvimento cognitivo e emocional, na qual podem acontecer oscilações de atitudes, comportamentos e sentimentos que podem influenciar os níveis de ansiedade (Beltrão, Miranda & Garcia, 2024). No entanto, o período pandêmico afetou de maneira indistinta os adolescentes participantes deste estudo, considerando-se que não houve diferença estatística nos resultados analisados entre alunos de escolas públicas e privadas, apesar das diferenças culturais, econômicas e sociais.

Ao considerar o cuidado ofertado aos adolescentes no local da pesquisa, salienta-se que a oferta de atendimento para as demandas psicossociais foi interrompida ou diminuída de maneira indistinta para toda a população brasileira durante a pandemia. Já no período pós-pandêmico, os serviços da rede de atenção psicossocial, bem como da rede privada, conforme dados desta pesquisa, apresentaram aumento no número de atendimentos, sem a identificação de um lugar específico para o cuidado do adolescente.

Evidenciou-se a prevalência de sintomas de ansiedade de 56,7%, sendo 36,6% relacionados a sintomas severos e extremamente severos nos adolescentes com idades entre 12 e 18 anos, tendo as meninas maior probabilidade de apresentar tais sintomas. Esses dados diferem dos identificados em uma metanálise mundial para qualquer transtorno de ansiedade entre crianças e adolescentes, cuja taxa de prevalência foi de 6,5% (Polanczyk et al., 2015). Observou-se nesta pesquisa uma associação significativa da presença de sintomas de ansiedade com sexo, ato de rezar, ao menos um dos pais desempregado, atividade nova na pandemia e

acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, conforme discussão a seguir.

A prevalência de sintomas ansiosos achada neste estudo corrobora outros estudos já realizados durante o período de pandemia, pois um estudo com adolescentes de 14 a 18 anos de idade, identificou uma prevalência de sintomas de ansiedade de 65,6%, sendo o sexo feminino mais impactado (Borges et al., 2023). Nesse contexto, uma investigação com indivíduos de 11 a 20 anos, na China, constatou a prevalência de sintomas de ansiedade em torno de 19% e revelou que sexo feminino, menos de seis horas de sono, ser estudante do ensino secundário, mais tarefas escolares e preocupação com a formatura foram significativamente associados ao aumento do risco de ansiedade; ao passo que mais de oito horas de sono e atividade física diária de 30 a 60 minutos foi relacionada à diminuição do risco (Qi et al., 2020). Esses dados corroboram outro estudo na China, no qual 37,4% dos estudantes chineses de 12 a 18 anos apresentavam sintomas de ansiedade, sendo a maior incidência nos estudantes do último ano do ensino médio (Zhou et al., 2020). Da mesma forma, um estudo realizado *on-line* no Brasil evidenciou que 33,8% dos participantes apresentavam sintomas de ansiedade grave e muito grave (Binotto et al., 2021). Um estudo conduzido no Brasil identificou que crianças que não praticavam atividade física apresentaram uma chance 1,37 vez maior de manifestar sintomas de ansiedade quando comparadas àquelas que se mantiveram fisicamente ativas durante a pandemia (Paiva et al., 2021).

Considerações Finais

Este estudo pôde verificar a prevalência de sintomas de ansiedade entre os adolescentes no período pós-pandemia e expor os fatores sociodemográficos, emocionais e comportamentais associados. Foi possível identificar associação entre a presença de sintomas de ansiedade e o sexo; o ato de rezar; ao menos um dos pais desempregados; atividade nova na pandemia e acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, possibilitando um panorama geral de sofrimento mental dessa população diante das adversidades que o contexto

pós-pandêmico trouxe.

Entender a população mais vulnerável aos sintomas ansiosos nesse contexto, como o sexo feminino e o desemprego dos pais, assim como a busca por estratégias de enfrentamento, como novas atividades e o atendimento em saúde mental, possibilitam a melhor compreensão e a melhor possibilidade de acolhimento pela rede de atenção à saúde.

Ainda, o estudo demonstrou o impacto negativo gerado pela pandemia de COVID-19 na saúde dos adolescentes. Entretanto, reconhece-se como uma limitação do estudo a amostra por conveniência utilizada, uma vez que esta pode não representar toda a população juvenil brasileira; como também pode haver má interpretação das perguntas, já que foi utilizado um questionário autorrelatado.

Assim, torna-se importante o investimento em mais estudos acerca do tema; afinal, prevê-se a possibilidade de surtos recorrentes de SARS-CoV-2 nos próximos anos, exigindo, assim, um planejamento contínuo das autoridades e o cuidado por parte dos pais e responsáveis (Ghafari et al., 2024).

Referências

- Ahmed, W., Angel, N., Edson, J., Bibby, K., Bivins, A., O'Brien, J. W., Choi, P. M., Kitajima, M., Simpson, S. L., Li, J., Tschärke, B., Verhagen, R., Smith, W. J. M., Zaugg, J., Dierens, L., Hugenholtz, P., Thomas, K. V., & Mueller, J. F. (2020). First confirmed detection of SARS-CoV-2 in untreated wastewater in Australia: A proof of concept for the wastewater surveillance of COVID-19 in the community. *Science of The Total Environment*, 728(6). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7165106/pdf/main.pdf>
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J. & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), 37-38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7133594/pdf/main.pdf>
- Beltrão, J. K. de S., Miranda, A. T., & Garcia, M. J. D. A. (2024). Ansiedade e depressão: Transtornos desenvolvidos na transição da adolescência para a vida adulta: *Anxiety and depression: Disorders developed in the transition from adolescence to adult life*. *Revista FIMCA*, 11(1), 1–5. <https://doi.org/10.37157/fimca.v11i1.796>
- Binotto, B. T., Goulart, C. M. T & Pureza, J. R. (2021). Pandemia da COVID-19: indicadores do impacto na saúde mental de adolescentes. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 7(2), 195-213. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V7N2A13>
- Borges, J. A., Nakamura, P. M. & Andaki, A. C. R. (2023). Alta prevalência de ansiedade e sintomatologia depressiva em adolescentes na pandemia da COVID-19. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*, 27, 1-8. <https://doi.org/10.12820/rbafs.27e0287>
- Brasil. Ministério da Saúde. (s.d.). *Covid- 19 no Brasil*. Recuperado em 10 janeiro de 2024 de https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.
- Chen, X., Qi, H., Liu, R., Feng, Y., Li, W., Xiang, M., Cheung, T., Jackson, T., Wang, G. & Xiang, Y. T. (2021). Depression, anxiety and associated factors among Chinese adolescents during the COVID-19 outbreak: a comparison of two cross-sectional studies. *Transl Psychiatry*, 11(1), 1-8. <https://www.nature.com/articles/s41398-021-01271-4>
- Correa, C. A., Verlengia, R., Ribeiro, A. G. S. V. & Crisp, A. H. (2020). Níveis de estresse, ansiedade, depressão e fatores associados durante a pandemia de COVID-19 em praticantes de Yoga. *Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 25, 1-7. <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0118>
- Cowling, B. J. & Aiello, A. E. (2020). Public health measures to slow community spread of coronavirus disease 2019. *J Infect Dis*. 221(11), 1749-1751. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184488/pdf/jiaa123.pdf>
- Faria, L. C. (2013). Influência da condição de emprego/desemprego dos pais na exploração e indecisão vocacional dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 772–779. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400018>
- Garcia de Avila, M. A., Hamamoto Filho, P. T., Jacob, F. L. D. S., Alcantara, L. R. S., Berghammer, M., Jenholt, N. M., Olaya-Contreras P. & Nilsson, S. (2020). Children's Anxiety and Factors Related to the COVID-19 Pandemic: An Exploratory Study Using the Children's Anxiety Questionnaire and the Numerical Rating Scale. *Int J Environ Res Public Health*, 17(16), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165757>
- Ghafari, M., Hall, M., Golubchik, T., Ayoubkhani, D., Thomas, C., MacIntyre-Cockett, G., Fryer, R., H., Thomson, L., Nurtay, A., Kemp, A. S., Ferretti, L., Buck, D., Green, A., Trebes, A., Piazza, P., Lonie, J. L., Studley, R., Rourke, E., Smith, L. D., Bashton, M., ... & Lythgoe, K. (2024). Prevalência de SARS-CoV-2 persistente em um amplo estudo de vigilância comunitária. *Nature*, 626, 1094–1101. <https://doi.org/10.1038/s41586-024-07029-4>
- Golberstein, E., Wen, H. & Miller, B. F. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and

Mental Health for Children and Adolescents. *JAMA pediatrics*, 174(9), 819-820. <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2764730>

Hafstad, G. S., Sætren, S. S., Wentzel-Larsen, T. & Augusti, E. M. (2021). Adolescents' symptoms of anxiety and depression before and during the Covid-19 outbreak - A prospective population-based study of teenagers in Norway. *The Lancet Reg Health Eur*, 5(100093), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100093>

Hair Jr., J. F. H., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6a ed.). Bookman.

Jatobá, J. D. V. N. & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas / Depression and anxiety in adolescents from public and private schools. *J. bras. psiquiatr*; 56(3): 171-179. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000300003>

Leite, W. B., Santos, R. M., Silva, R. F. & Batista, D. M. S. (2023). Avaliação da qualidade de vida e do nível de atividade física em crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Amazônia Science & Health*, 11(3). <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v11n3p70-80>

Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N. & Zhu, T. (2020). The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 20-32.

Lima, S. O., Silva, M. A., Santos, M. L. D., Moura, A. M. M., Sales, L. G. D., Menezes, L. H. S., Nascimento, G. H. B., Oliveira, C. C. C., Reis, F. P. & Jesus, C. V. F. (2020). Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: revisão narrativa. *Acervo Saúde*, 46, e4006. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4006/2112>

Malta, D. C., Gomes, C. S., Barros, M. B. A., Lima, M. G., Silva, A. G., Cardoso, L. S. M., Werneck, A. O., Silva, D. R. P., Ferreira, A. P. S., Romero, D.

E., Freitas, I. F., Machado, I. E., Souza Junior, P. R. B., Damacena, G. N., Azevedo, L. O., Almeida, W. S. & Szwarcwald, C. L. (2021). A pandemia de COVID-19 e mudanças nos estilos de vida dos adolescentes brasileiros. / The COVID-19 pandemic and changes in the lifestyles of Brazilian adolescents. *Revista Bras. Epidemiol.*, 24, e210012.

Muzi, S., Sansò, A. & Pace, C.S. (2021). What's Happened to Italian Adolescents During the COVID-19 Pandemic? A Preliminary Study on Symptoms, Problematic Social Media Usage, and Attachment: Relationships and Differences With Pre-pandemic Peers. *Front Psychiatry*, 12(590543). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.590543>

Organização Mundial da Saúde (2020). *Overview of public health and social measures in the context of COVID-19*. OMS. Recuperado em 10 de janeiro de 2024 de <https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>

Organização Mundial da Saúde (2021). *Adolescent health*. OMS. Recuperado em 02 de janeiro de 2024 de https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Organização Mundial da Saúde. (2022, 2 de março). Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. *Organização Pan-Americana da Saúde*. Recuperado em 19 de janeiro de 2024 de <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>

Paiva, E. D., Silva, L. R. D., Machado, M. E. D., Aguiar, R. C. B., Garcia, K. R. D. S. & Acioly, P. G. M. (2021). Child behavior during the social distancing in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm.*, 74(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0762>

Patias, N. D., Machado, W. L., Bandeira, D. R. & Dell'Aglia, D. D. (2016). Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. *Psico-USF*, 21(3) 459-469.

- Pizarro-Ruiz, J. P. & Ordóñez-Cambor, N. (2021). Effects of Covid-19 confinement on the mental health of children and adolescents in Spain. *Scientific Reports Nature Portfolio*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-91299-9>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Qi, H., Liu, R., Chen, X., Yuan, X. F., Li, Y. Q., Huang, H.H., Zheng, Y. & Wang, G. (2020). Prevalence of anxiety and associated factors for Chinese adolescents during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Clin Neurosci*, 74(10), 555–557. <https://doi.org/10.1111/pcn.13102>
- Rego, K. de O. & Maia, J. L. F. (2021). Anxiety in adolescents in the context of the pandemic by COVID-19. *Research, Society and Development*, 10(6), e39010615930. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15930>
- Ribeiro, N. T., Oliveira, G. C., Nakashima, Y., Tomé, L. P. F., & Durce, K. (2023). Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no enfrentamento do período de pandemia da Covid-19 por trabalhadores remoto. *O Mundo da Saúde*, 47, e14342022. <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1434/1414>
- Sá, C. D. S. C., Pombo, A., Luz, C., Rodrigues, L. P., Cordovil, R. (2020). Isolamento social da COVID-19 no Brasil: efeitos na rotina de atividades físicas de famílias com crianças. *Rev Paul Pediatr*, 39. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020159>
- Santos, E. D., Rocumbach, P. C. J. & Pucci, S. H. M. (2022). Saúde mental e espiritualidade: contexto pandemia COVID-19. *Saúde Coletiva*, 12(75), 10105–10118. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i75p10105-10118>
- Silva, F. C., Zamprogna, K. M., Souza, S. S. de., Silva, D. H., & Sell, D. (2021). Social isolation and the speed of covid-19 cases: measures to prevent transmission. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 42, e20200238. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200238>
- Silva, M. M. D., Schloen-Ferreira, T. H., Medeiros, E., Aznar-Farias, M. & Pedromônico, M. R. M. (2004). O adolescente e a competência social: focando o número de amigos. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, 14(1), 23–31.
- Souza, A. V., Anunciação, L. & Landeira-Fernandez, J. (2023). Spirituality, religiosity and mental health during the COVID-19 pandemic. *Estudos de Psicologia*, 40. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e210206>
- Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 87–88. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut>
- Tomim, G. C. & Nascimento, D. T. (2021). O Impacto da Pandemia da Covid-19 na Saúde Mental da População Brasileira. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 18(3). <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i3.6626>
- Xiao H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S. & Yang, N. (2020). Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Medical science monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/MSM.923921>
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., Liu, M., Chen, X. & Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29(6), 749–758. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

Regulação Emocional, Ansiedade e Depressão no Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática sobre suas Relações

Marcos Melo Marques Carneiro¹  e Louise Cristine Santos Sobral² 

Centro Universitário Nobre de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil
Universidade Federal da Bahia, Feira de Santana, Bahia, Brasil

Resumo: Esta revisão sistemática buscou analisar a relação entre a Regulação Emocional (RE) no Transtorno do Espectro Autista (TEA) e os sintomas de ansiedade e de depressão por meio de pesquisas dos últimos cinco anos (2019-2024). Pesquisou-se em bases de dados como SciELO, PubMed e Cochrane Library, nos idiomas inglês e português. Apenas sete estudos foram incluídos no processo de seleção e de elegibilidade por serem coerentes e atenderem aos critérios do objetivo deste estudo. A análise revelou uma interação de mediação entre a RE, os sintomas de ansiedade e os de depressão, e as características do TEA. Identificou-se uma associação relevante, o que ressalta a importância de intervenções focadas na melhoria das estratégias de RE. Os resultados indicam a necessidade de estudos longitudinais, de amostras mais amplas e de desenvolvimento de instrumentos adaptados a indivíduos com TEA, para uma compreensão aprofundada desses fenômenos e para intervenções mais eficazes. Esta pesquisa oferece contribuições importantes para a compreensão de tais fenômenos e sugere possíveis direções para investigações e práticas clínicas.

Palavras-chave: regulação emocional, transtorno do espectro autista, ansiedade, depressão

Emotional Regulation, Anxiety, and Depression in Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of Their Relationships

Abstract: This systematic review aimed to analyze the relationship between Emotional Regulation (ER) in Autism Spectrum Disorder (ASD) and symptoms of anxiety and depression through studies conducted over the last five years (2019–2024). Searches were performed in databases such as SciELO, PubMed, and the Cochrane Library, in both English and Portuguese. Only seven studies were included in the selection and eligibility process, as they were consistent and met the study's objectives. The analysis revealed a mediating interaction between ER, symptoms of anxiety and depression, and the characteristics of ASD. A significant association was identified, highlighting the importance of interventions focused on improving ER strategies. The results indicate the need for longitudinal studies, larger samples, and the development of instruments adapted for individuals with ASD, to achieve a deeper understanding of these phenomena and more effective interventions. This research provides important contributions to the understanding of these phenomena and suggests possible directions for future investigations and clinical practices.

Keywords: emotional regulation, autism spectrum disorder, anxiety, depression

¹ Psicólogo pelo Centro Universitário Nobre de Feira de Santana (UNIFAN). Feira de Santana – Bahia – Brasil. *E-mail:*marcosmelopsi@gmail.com

² Psicóloga. Mestre pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Feira de Santana – Bahia – Brasil. *E-mail:* louise.sobral@gruponobre.edu.br

Submetido em: 24-06-2025. Primeira decisão editorial: 03-09-2025. Aceito em: 02-10-2025.

Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que se caracteriza por déficits na comunicação e na interação social, acompanhados de comportamentos padronizados e interesses ou ações repetitivas e restritas (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2023). Os déficits causados pelo comprometimento neurológico são apontados como dificuldades na reciprocidade socioemocional, no comportamento comunicativo, no relacionamento social em diversos contextos; e também como as ações estereotipadas ou repetitivas, a inflexibilidade cognitiva, os interesses fixos intensos, e a alta ou baixa intensidade de resposta a estímulos sensoriais, bem como o interesse por características sensoriais específicas do ambiente (APA, 2023), aspectos que podem exercer influência sobre a forma como a RE se manifesta nesses indivíduos. Atualmente, nos Estados Unidos, uma em cada trinta e uma crianças de oito anos de idade é autista (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2025), conforme divulgado em 2025. Taxas crescentes de prevalência podem ser atribuídas a fatores como a maior abrangência de critérios diagnósticos integrados ao TEA (Kim et al., 2014) e também à ampla divulgação à população e à atenção dos pediatras para o reconhecimento precoce dos sintomas (Johnson et al., 2007).

Em um estudo comparativo entre indivíduos com e sem TEA, foi indicada uma maior carga de comorbidades psiquiátricas nos indivíduos com TEA, nos quais a fobia social, os transtornos de ansiedade e o transtorno depressivo maior foram os mais comuns, afetando, aproximadamente, metade dos indivíduos (Joshi et al., 2013). Estimou-se que, aproximadamente, 40% das crianças e adolescentes com TEA possuíam níveis elevados de ansiedade ou transtorno de ansiedade (Van Steensel et al., 2011), e, em um grau prejudicial, entre 11% e 84% das crianças com TEA (White et al. 2009). Mesmo indivíduos com níveis de suporte mais baixos no TEA, que podem desenvolver estratégias para compensar suas dificuldades em público, podem sofrer com o estresse, o esforço e a ansiedade para se expressarem de maneira socialmente aceita (APA,

2023). O que diferencia os impactos da ansiedade em indivíduos com e sem TEA é a ação direta dos sintomas no comportamento (White et al., 2009).

Além da ansiedade, a presença de sintomas depressivos também pode impactar significativamente os comportamentos. Sintomas depressivos no TEA possuem uma taxa de prevalência de até 10% em crianças e 25% em adultos (Magnuson & Constantino, 2011; Rai et al., 2018). Não há uma única classificação para o transtorno depressivo, porém, são comuns as características como tristeza, irritabilidade, e mudanças que afetam a capacidade funcional, que podem variar na duração, no tempo e na causa (APA, 2023). A taxa de prevalência da depressão em indivíduos com TEA, ao longo da vida, foi de 14,4%, o que é quatro vezes maior para jovens com TEA do que para jovens sem TEA (Hudson et al., 2018).

Intervenções direcionadas às funções executivas até o final da infância podem apresentar melhoras nos resultados para comportamentos adaptativos no período da adolescência (Ameis et al., 2022). A atenção ao reconhecimento precoce do TEA é importante, tendo em vista a regressão do desenvolvimento que ocorre, aproximadamente, aos dois anos de idade (Bradley et al., 2016). Algumas recomendações práticas foram destacadas por Zwaigenbaum et al. (2015), por meio da intervenção precoce no desenvolvimento e no comportamento, antes dos três anos de idade, incluindo, ativamente, os cuidadores e a família para realizar adaptações práticas àquela realidade. Ameis et al. (2022) estimam que os benefícios das intervenções tendem a se manifestar por meio da evolução das habilidades sociais e das boas estratégias de RE.

Ainda que possua um fundamento neurológico, o diagnóstico ainda na infância é baseado na identificação e nos relatos dos sintomas apresentados pelo comportamento (Hyman et al., 2020); e a ativação dos comportamentos, bem como o seu direcionamento, podem ser realizados por forte influência das emoções. Assim, a emoção pode ser conceituada como uma resposta a fenômenos de natureza afetiva, por meio de um conjunto de elementos complexos individuais e subjetivos (Atkinson et al., 2002). De acordo com Frijda (1986

como citado por Buck, 1990), ao apontar princípios norteadores das emoções, considerar uma base biológica implica reconhecer que elas têm significado para a sobrevivência dos humanos e dos animais. Ambos experienciam emoções por meio da inibição ou do controle; mas apenas os humanos podem apresentar um pensamento ruminativo, considerado desadaptativo, ou recorrer às estratégias de controle, às quais podem ser bem-sucedidas e adaptativas. Ademais, somente em humanos as emoções manifestam características típicas da espécie. Em qualquer contexto, envolvendo qualquer relacionamento de interesse para um indivíduo, haverá influência das emoções. Dessa forma, ao interpretar e responder aos eventos, de acordo à reação emocional provocada, seus impactos podem ser benéficos, auxiliando a promoção do bem-estar subjetivo, ou prejudiciais, se relacionando ao adoecimento psíquico (Ekman, 2011; Hirschle & Gondim, 2019).

As emoções — esse conjunto de respostas fisiológicas, motoras e cognitivas — assumem uma posição fulcral em referência aos vínculos e às interações com outros indivíduos, e também são reguladas pelo contexto social e cultural, tornando a experiência não apenas subjetiva, mas parte de um processo de educação e de socialização (Damasio, 1994). O modelo de processo de RE utilizado nesta pesquisa parte da noção proposta por Gross (2014, 2015), que sugere que o funcionamento da RE ocorra quando processos de análise e de reflexão avaliam a emoção que surge e determinam se ela é apropriada ou não, atuando, assim, para modificar a intensidade ou a expressão dessa emoção. Essa modificação pode ocorrer por meio de cinco estratégias partindo do ponto emergente da emoção, sendo antecedentes aos eventos desencadeadores da emoção: a) seleção de situações, que se refere à intervenção com potencial para ocasionar uma situação que origine determinada emoção; b) modificação da situação, que se refere à ação direta sobre uma situação, o que, por consequência, ocasiona uma nova situação e altera o impacto emocional; c) posicionamento da atenção, que se refere ao direcionamento da atenção, contornando a situação atual e provocando uma nova resposta emocional; d)

mudança cognitiva, que se refere à modificação da concepção sobre determinado evento, a fim de que a resposta emocional também se modifique. Sendo consequentes dos eventos desencadeadores da emoção: e) modulação da resposta, que se refere à influência nos aspectos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, objetivando a modificação de respostas emocionais que já estão presentes.

A heterogeneidade da expressão emocional no TEA deve ser considerada; compreende-se, assim, que algumas crianças se apresentam mais estáveis quando estão ausentes fatores desencadeantes de reações negativas, enquanto outras são facilmente irritáveis, ansiosas, ou possuem dificuldades para expressar suas emoções (Mazefsky et al., 2012). De acordo com Gross (1999), a emoção emerge por meio de uma análise de sinais emocionais. Os comportamentos e experiências — emocionais e fisiológicas — são desencadeados por essa análise, e as respostas desencadeadas são passíveis de regulação. A partir da regulação realizada, há impacto nas respostas emocionais emitidas. Para o diagnóstico do TEA, as autolesões, acessos de raiva e irritabilidade não são considerados aspectos centrais, porém são notáveis os seus impactos, tendo em vista os prejuízos sociais e cognitivos, assim como o sofrimento, associados concomitantemente aos sintomas já presentes nos distúrbios, e também a uma má RE, ocorrendo em, aproximadamente, 50% a 80% das crianças com TEA (Keluskar et al., 2021).

Considerando que a capacidade de RE de crianças com TEA é identificada como pouco variada e ineficaz durante o sofrimento, em comparação a crianças com desenvolvimento típico, então há maior ocorrência do uso de estratégias mais simples, como a evitação e o desabafo (Hirschler-Guttenberg et al., 2015; Jahromi et al., 2012). O aprendizado das crianças com TEA sobre as estratégias de RE, focadas na redução da irritabilidade e ansiedade, é sugerido como um benefício à positividade e estabilidade emocional (Scarpa & Reyes, 2011). Em concordância à maior compreensão sobre as estratégias de RE, Cibralic et al. (2019) indicaram a possibilidade de melhorias para o tratamento e, consequentemente, no bem-estar, realizando investigações precoces sobre a RE das crianças, tendo em vista a coleta de

informações para o desenvolvimento de estratégias. Já durante a adolescência atípica, em que a orientação aos próprios interesses é contrária à típica — a qual não mede riscos, e almeja a independência (Bos et al., 2020), essa falta de motivação deve ser levada em consideração durante as intervenções, buscando o desenvolvimento de competências da independência e do cotidiano. Quando estão no período que compreende a adultez, os indivíduos apresentam dificuldades de interação social e de comunicação não verbal, concomitante a uma alta probabilidade de problemas de saúde mental por conta de comorbidades e dificuldades psicossociais (Hofvander et al., 2009).

Pensar em comorbidades possíveis no TEA considerando os aspectos emocionais se faz importante tendo em vista a centralidade das emoções, o crescimento do número de diagnósticos de TEA e a necessidade de ferramentas diagnósticas específicas e mais adequadas (Ruggieri, 2020). Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo analisar de que forma a RE se relaciona com os sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos com TEA, buscando identificar quais variáveis influenciam essa relação por meio de estudos dos últimos cinco anos. Ao mapear essas conexões, pretende-se contribuir para uma compreensão mais precisa dos mecanismos emocionais envolvidos no TEA e apoiar o desenvolvimento de intervenções mais direcionadas e sensíveis às necessidades dessa população, impactando positivamente na qualidade de vida dos indivíduos com TEA, de suas famílias e da sociedade em geral.

Método

Esta pesquisa trata de uma revisão sistemática da literatura, com recorte temporal dos últimos cinco anos (2019-2024). Conforme Sampaio e Mancini (2007), a revisão sistemática produz um resumo sobre as evidências de fenômenos específicos por meio da utilização de métodos sistematizados e explícitos, bem como apresenta uma análise crítica do conteúdo obtido. Este método é relevante por indicar convergências e/ou divergências e, também, evidenciar lacunas

que auxiliam a orientação de futuras pesquisas. A condução do processo metodológico foi organizada segundo as recomendações das diretrizes da *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), conforme Moher et al. (2009). Serão contemplados os estudos empíricos, para a compreensão das relações entre a RE no TEA e os sintomas de Ansiedade e de Depressão, e os instrumentos mais utilizados.

Foram adotadas as bases de dados virtuais Bireme-BVS (MEDLINE, Index Psicologia, LILACS e WPRIM), SciELO, PubMed e Cochrane Library, levando em consideração a abrangência e a atualização dos materiais, e utilizando-se as combinações de descritores e operadores booleanos: Regulação emocional *and* autismo; Regulação emocional *and* Transtorno do espectro autista; *Emotional regulation and autism*; *Emotion regulation and autism*. As buscas ocorreram no dia 14 de março de 2024. Embora os descritores tenham se concentrado nas expressões relacionadas à regulação emocional e ao autismo, durante a triagem dos estudos foram considerados também aqueles que abordavam sintomas de ansiedade e depressão no contexto da RE, permitindo uma análise mais ampla da relação entre essas variáveis no TEA.

Para a análise, foram incluídas as pesquisas empíricas em língua portuguesa e inglesa com os descritores “regulação emocional” e “autismo” ou “transtorno do espectro autista”, em inglês, “*emotional regulation*” ou “*emotion regulation*” e “*autism*”, no título e no resumo. Os materiais estão dentro do recorte temporal de cinco anos (2019-2024) e possuem texto completo. Foram excluídos aqueles em duplicidade, que não atenderam ao tema e critérios propostos e, por fim, para garantir o alinhamento com o foco principal da pesquisa, foram excluídos aqueles que não possuíram, em seu conteúdo, relações com ansiedade ou depressão.

Com base na indicação de metodologia de análise pelo Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2015), uma organização internacional voltada à síntese de evidências científicas para a prática em saúde, reconhecida por suas diretrizes metodológicas rigorosas. Esta foi adotada por oferecer um modelo estruturado e confiável para extração e análise de

dados em revisões de literatura. Para a extração dos dados, foram adaptados os tópicos, para a melhor compreensão do conteúdo e posterior análise, conforme o objetivo desta pesquisa (Tabela 1). Para a melhor organização dos dados sobre os instrumentos de avaliação utilizados pelas pesquisas, foi elaborada outra tabela, especificamente para discuti-los (Tabela 2).

As atividades foram divididas entre os autores; um contribuiu com a conceituação, o desenho do estudo, a pesquisa e a coleta de dados, a análise e a interpretação dos dados, a escrita do manuscrito, a revisão crítica e as contribuições intelectuais e acadêmicas. O outro autor revisou criticamente o conteúdo do manuscrito, ofereceu orientações metodológicas sobre a estrutura do estudo e sobre as referências teóricas, e supervisionou todo o processo, assegurando a conformidade com as melhores práticas e as diretrizes estabelecidas.

Resultados e Discussão

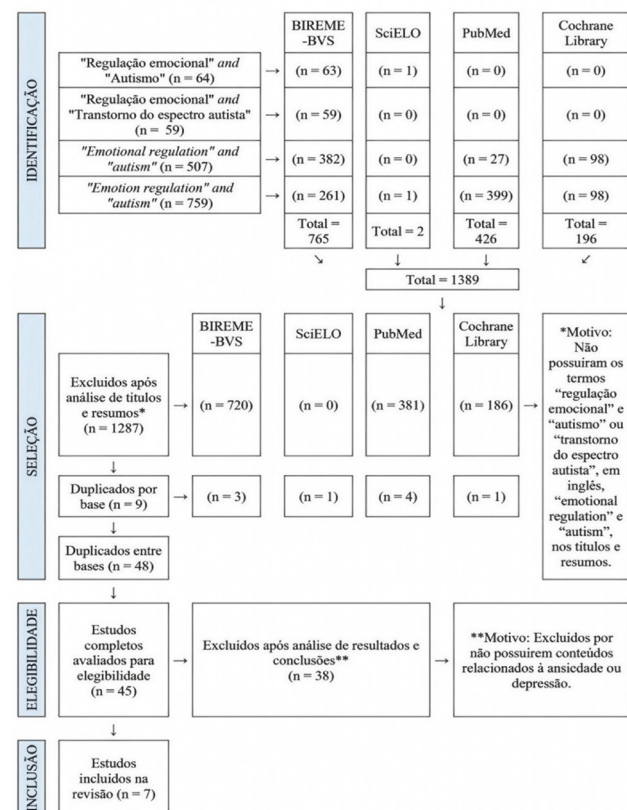
Obteve-se um total de 1389 registros por meio dos descritores selecionados dentro das bases de dados BIREME-BVS (n = 765), SciELO (n = 2), PubMed (n = 426) e Cochrane Library (n = 196). Após o processo de triagem, considerando os critérios adotados para títulos, resumos e identificação de duplicatas entre bases, 45 artigos foram avaliados quanto à elegibilidade. Desses, 38 foram excluídos após leitura completa, pois seus resultados ou conclusões não apresentaram relações com ansiedade ou depressão, não contribuindo para a discussão sobre a relação entre o TEA e essas comorbidades. Sete estudos foram incluídos na revisão. Eles estão organizados na Tabela 1, seguindo as recomendações do Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2015), com seções sobre autor, ano, país, objetivos, amostra, idade e conclusão.

Houve maior ocorrência de estudos publicados no ano de 2020, com três pesquisas, seguida pela do ano de 2023, com duas pesquisas. Considerando o total, foram cinco estudos transversais (Charlton et al., 2020; Conner et al., 2023; Morie et al., 2019; Samson et al., 2022; Sáez-Suanes et al., 2023), que coletaram dados em um

determinado momento, e dois estudos longitudinais (Conner et al., 2020; Tajik-Parvinchi et al., 2020), que acompanharam os participantes ao longo de um período. Todas as pesquisas utilizaram instrumentos e medidas psicológicas para realizar a mensuração dos fenômenos. Uma análise mais profunda acerca dos instrumentos será apresentada no subtópico “Utilização dos Instrumentos de Avaliação”.

Figura 1

Fluxo do processo de identificação, triagem, elegibilidade, e inclusão dos estudos na revisão sistemática



Nota. Adaptado de Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses [PRISMA] (Moher et al., 2009).

Tabela 1
Dados extraídos baseados nas recomendações de Joanna Briggs Institute
continua

AUTOR (ANO)	PAÍS	OBJETIVOS	AMOSTRA	IDADE	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
Morie, Jackson, Zhai, Potenza e Dritschel (2019)	Reino Unido e Estados Unidos	Examinar como a alexitimia e a regulação emocional medeiam a relação entre características autistas e sintomas de ansiedade/depressão em adultos jovens com TEA.	N = 64, 17 Masculino, 47 Feminino	31.67 Anos	O estudo encontrou uma forte ligação entre sintomas autistas, ansiedade e depressão, mediada pela alexitimia e regulação emocional. Isso sugere a importância de considerar a alexitimia no tratamento de problemas de saúde mental em pessoas com TEA.
Tajik-Parvinchi, Farmus, Cribbie, Albaum e Weiss (2020)	Canadá	Identificar características tanto nas crianças com autismo, entre 8 e 12 anos, quanto em seus pais, que possam prever a resposta ao tratamento de terapia cognitivo-comportamental de 10 semanas.	Crianças - N = 55, 50 Masculino, 5 Feminino (Apróx.) / Pais e cuidadores - N = 55, 9 Masculino, 46 Feminino (Apróx.)	9.69 Anos / 43.46 Anos	Este estudo identificou que habilidades verbais e de comunicação estão associadas a melhorias na regulação emocional adaptativa em crianças com autismo, enquanto sintomas de interesse restrito e comportamentos repetitivos estão ligados a mudanças na labilidade emocional. A ansiedade dos pais também desempenhou um papel significativo.
Conner, White, Scahill e Mazefsky (2020)	Estados Unidos	Investiga a relação entre a regulação emocional comprometida e a ansiedade em jovens com TEA, considerando fatores como deficiência intelectual e sintomas autistas.	N = 1107, 881 Masculino, 226 Feminino	12.08 Anos	Este estudo revelou que a incapacidade de regulação emocional está ligada à ansiedade em jovens com TEA, independentemente da gravidade do transtorno. Sintomas como comprometimento social, interesses restritos e comportamentos repetitivos também se correlacionaram com ansiedade. Além disso, idade mais jovem e ausência de deficiência intelectual foram associadas a níveis mais elevados de ansiedade.
Charlton, Smith, Mazefsky e White (2020)	Estados Unidos	Compreender a relação entre a regulação emocional (RE) avaliada pelo próprio indivíduo e por seu cuidador, e a presença de transtornos de humor e ansiedade diagnosticados por médicos em adultos emergentes com TEA, contando com uma amostra de 27 participantes.	N = 27, 20 Masculino, 7 Feminino	18.54 Anos	Este estudo analisou a relação entre estratégias de regulação emocional e sintomas psiquiátricos em adultos com TEA. Descobriu-se que o uso de estratégias involuntárias estava associado a sintomas mais graves, enquanto o uso de estratégias voluntárias não oferecia proteção contra esses sintomas. Esses achados ressaltam a importância de considerar as estratégias de regulação emocional ao desenvolver intervenções para adultos com TEA.
Samson, Sokhn, Van Herwegen e Dukes (2022)	51 Países*	O estudo analisou a ligação entre ansiedade, relatada por cuidadores, e estratégias de regulação emocional em vários transtornos do neurodesenvolvimento, como Síndrome de Williams e autismo. Foram examinadas as relações entre o uso dessas estratégias e a ansiedade em cada grupo.	N = 1381, 1104 Masculino, 277 Feminino	11.98 Anos	O estudo examinou como pessoas com transtornos do neurodesenvolvimento lidaram com a ansiedade durante a pandemia. Autistas mostraram níveis mais altos de ansiedade. Estratégias como evitar informações e ruminação estavam ligadas a mais ansiedade, enquanto focar no positivo estava associado a menos ansiedade especialmente em autistas sem deficiência intelectual. O uso de humor como estratégia de regulação emocional teve efeitos diferentes em autistas com ou sem deficiência intelectual.

Tabela 1*Dados extraídos baseados nas recomendações de Joanna Briggs Institute**continua*

AUTOR (ANO)	PAÍS	OBJETIVOS	AMOSTRA	IDADE	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
Sáez-Suanes, García-Villamizar e Del Pozo Armentia (2023)	Espanha	Entender como a deficiência intelectual (DI) influencia a ligação entre o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), os sintomas internalizados e a desregulação emocional.	N = 121, 81 Masculino, 40 Feminino	35.46 Anos	A pesquisa investigou a relação entre autismo, deficiência intelectual e sintomas depressivos em adultos, destacando a regulação emocional como um fator mediador, principalmente em casos de deficiência intelectual leve. Isso sublinha a necessidade de programas de intervenção focados em estratégias de regulação emocional para prevenir sintomas depressivos nessa população.
Conner, Elias, Smith e White (2023)	Estados Unidos	Entender como a regulação emocional e as funções executivas estão associadas à ansiedade e à depressão, explorando se dificuldades de inibição ou de flexibilidade cognitiva contribuem, para além da regulação emocional, para os sintomas de ansiedade e depressão.	N = 57, 46 Masculino, 11 Feminino	18.56 Anos	O estudo investigou a relação entre a regulação emocional (RE), as funções executivas (FE) e sintomas de ansiedade e depressão em adultos com TEA. Encontrou-se uma forte ligação entre dificuldades em RE e ansiedade/depressão, ao passo que as dificuldades em FE foram mais significativas para a depressão. As tarefas de FE não se correlacionaram diretamente com os sintomas, mas as medidas de RE mostraram associação substancial com ansiedade e depressão.

Nota. A lista completa dos 51 países citados na nota de rodapé da imagem inclui: Arábia Saudita, EUA, Alemanha, China, Reino Unido, Suíça, Rússia, Portugal, Austrália, Itália, Suécia, República Checa, Irlanda, França, Irão, Roménia, Eslováquia, Espanha, Equador, Áustria, Brasil, Canadá, Grécia, Índia, México, Bielorrússia, Holanda, Peru, Bélgica, Trinidad e Tobago, Egito, Israel, Nova Zelândia, Singapura, Argentina, Bahrein, Bolívia, República Centro-Africana, Chile, Chipre, República Democrática da Coreia, Dinamarca, Jordânia, Cazaquistão, Lituânia, Luxemburgo, Namíbia, Noruega, Eslovênia, África do Sul e Emirados Árabes Unidos. Adaptado de *Peters et al. (2015)*.

Os estudos têm maior prevalência nos Estados Unidos, que compõem cinco dos sete incluídos nesta pesquisa. Os países de origem das amostras variam, mas predominam nos continentes: Europeu (23 países), Asiático (11 países) e Sul-americano (6 países). O número total da população pesquisada nos estudos é de 2.867 pessoas, sendo a maioria de menores de 18 anos e do sexo masculino ($n = 2.208$). Em alguns estudos o recrutamento ocorreu diretamente com os indivíduos autistas, enquanto outros contaram com o envolvimento de familiares e cuidadores.

As limitações apresentadas são principalmente devidas às pequenas amostras (Charlton et al., 2020; Conner et al., 2023; Morie et al., 2019; Tajik-Parvinchi et al., 2020) e à inviabilização da generalização dos resultados para a população geral com TEA, devido à proporção desigual entre homens e mulheres em todos os estudos, e à pouca variabilidade demográfica dos participantes (Conner et al., 2020; Tajik-Parvinchi et al., 2020). Queixas sobre a necessidade de estudos longitudinais estiveram presentes e também podem ser notadas por meio dos resultados desta pesquisa. A necessidade de pesquisas mais longas é pontuada para a melhor compreensão das relações causais, ou seja, se um fenômeno realmente causa impacto em outro (Conner et al., 2023; Morie et al., 2019).

Contudo, este estudo discute resultados interessantes sobre a RE, abrangendo confluências que permitem reflexões acerca das características e dos critérios diagnósticos a serem observados ao considerar sintomas depressivos e ansiosos em indivíduos com TEA, os quais já apresentam aspectos sintomáticos associados. Há indicações de que uma RE prejudicada se associa a sintomas psiquiátricos concomitantes ao TEA (Conner et al., 2023) — aqui discutidos especificamente em relação à ansiedade e à depressão — e as quais foram bem estabelecidas pela literatura (Conner et al., 2023; Conner et al., 2020; Morie et al., 2019; Sáez-Suanes et al., 2023). Para ambos os tipos de sintomas, houve forte influência dos aspectos do TEA, enquanto, nos sintomas depressivos, destacou-se a influência da alexitimia e da desregulação da RE (Morie et al., 2019). Em relação aos sintomas ansiosos, foram consideradas as potencialidades das estratégias de RE

na redução da ansiedade (Conner et al., 2020; Morie et al., 2019). Quatro subtópicos serão apresentados e desenvolvidos para compreender minuciosamente os processos envolvidos: Sintomas do TEA e Seus Efeitos na RE; Impactos em sintomas depressivos; Impactos em sintomas ansiosos; e Utilização dos instrumentos de Avaliação.

Sintomas do TEA e seus Efeitos na RE

Possuir habilidades mais adaptativas de RE possibilita que as expressões emocionais sejam mais apropriadas às situações e contextos (Tajik-Parvinchi et al., 2020); assim, pode-se inferir a viabilidade da apresentação de comportamentos socialmente mais adequados. Além disso, alguns autores já indicavam benefícios à positividade, com redução da irritabilidade e da ansiedade em crianças (Cibralic et al., 2019; Scarpa & Reyes, 2011). Quando se consideram comorbidades, os achados sugerem que a ansiedade e a depressão possuem relações padronizadas com a RE para indivíduos com e sem o TEA (Charlton et al., 2020); assim, determinadas estratégias ou o próprio funcionamento da RE estão associados a determinados sintomas ansiosos e depressivos. Esse padrão vai ao encontro da literatura e possivelmente ocorre quando se utilizam estratégias desadaptativas, como a inibição das emoções, que tendem a gerar pensamentos ruminativos (Frijda, 1986, como citado por Buck, 1990), levando à piora desses sintomas.

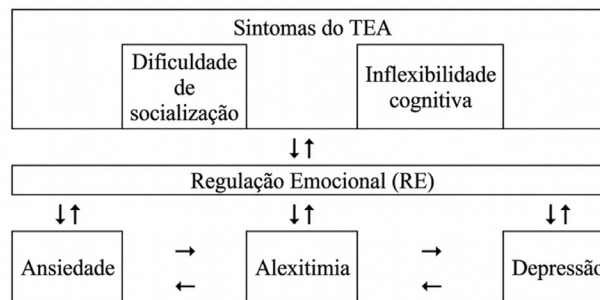
Para indivíduos sem o TEA, pode ser mais comum que, com o passar do tempo, as expressões da RE se tornem mais desenvolvidas e adequadas (Charlton et al., 2020). No entanto, no TEA, há uma vulnerabilidade aos efeitos prejudiciais da RE quando desadaptativa, que é retroalimentada pela própria dificuldade de socialização e propicia o aumento de riscos psicopatológicos adicionais (Charlton et al., 2020; Conner et al., 2020). É importante recapitular que o TEA também se caracteriza por baixas habilidades sociais; esse resultado sugere que tal fator pode impedir o desenvolvimento da inteligência emocional do indivíduo (Morie et al., 2019). É provável que isso se relacione à dificuldade de reconhecer as emoções e compreendê-las na

complexidade com que se manifestam no cotidiano.

A relação entre os fenômenos, conforme abordada, é sintetizada na Figura 2.

Figura 2

Diagrama de conexão dos conceitos



Houve concordância entre esses achados, e constatou-se, conforme Sáez-Suanes et al. (2023), que os indivíduos com TEA utilizam estratégias de RE de forma menos adaptativa, o que também foi apontado como fator transdiagnóstico associado aos sintomas do TEA. Esse resultado converge com a literatura (Hirschler-Guttenberg et al., 2015; Jahromi et al., 2012) que identificou pouca variação e eficácia limitada das estratégias de RE, como a evitação, que impede a aprendizagem e o enfrentamento, e o desabafo, que pode reforçar o pensamento ruminativo.

Verificou-se que o impacto no desenvolvimento da inteligência emocional decorrente dos sintomas do TEA também pode evidenciar maiores sintomas de alexitimia, condição em que há dificuldade para compreender e expressar emoções, mesmo em autistas com baixa necessidade de suporte (Morie et al., 2019). A alexitimia constitui, conjuntamente, um fator potencial de impacto na regulação emocional (Samson et al., 2022), tendo em vista a limitação na identificação das próprias emoções. Isso sugere dificuldade na aprendizagem e na aplicação de estratégias que as regulem, prejudicando o desempenho do indivíduo no cotidiano.

Existe uma dificuldade para identificar as necessidades de regulação, executá-las apropriadamente, monitorar seu funcionamento de maneira consciente e realizar possíveis manutenções; assim, correlaciona-se uma pior RE — a recorrência de estratégias desadaptativas — a sintomas depressivos e ansiosos, os quais também são características e

dificuldades inerentes aos sintomas do TEA, como fator transdiagnóstico (Charlton et al., 2020; Conner et al., 2023; Sáez-Suanes et al., 2023).

Impactos em Sintomas Depressivos

Até o momento, foi destacada, em diversos estudos, a dificuldade de socialização como sintoma do TEA, fortemente relacionada aos efeitos sobre a regulação emocional. Além disso, também merecem atenção a inflexibilidade e a rigidez cognitiva. A partir da inflexibilidade cognitiva, os déficits na RE, que ocasionam pensamentos ruminativos ou desregulação emocional, propiciam maior vulnerabilidade à progressão e à permanência de sintomas depressivos (Conner et al., 2023; Sáez-Suanes et al., 2023). Devido à alta complexidade cognitiva requerida pela RE, autistas com Deficiência Intelectual (DI) como comorbidade manifestam maiores sintomas depressivos em decorrência da maior probabilidade de não possuírem uma RE consciente (Conner et al., 2023).

Os pensamentos ruminativos, que são associados à inflexibilidade cognitiva, também se relacionam às funções executivas. Para Sáez-Suanes et al. (2023) a capacidade de mudança entre tarefas influi em sintomas depressivos; assim, pode-se pensar, que a pouca habilidade e a dificuldade para alternar entre as tarefas geram mais rigidez, e contribuem para a frustração ou desmotivação, refletindo nos sintomas depressivos e mantendo as estratégias de RE cada vez mais limitadas.

Imaginando um diálogo entre os sintomas do TEA e da depressão, a inabilidade da RE atua como mediadora; assim, ressaltam-se as menções à alexitimia, juntamente com a menor aceitação emocional e a intolerância à incerteza (Conner et al., 2020; Morie et al., 2019). Desse modo, apenas o TEA não evidencia todos os sintomas depressivos, porém a má RE pode intensificá-los; além disso, fatores como a alexitimia, a inflexibilidade e a rigidez cognitiva os conectam com mais facilidade e dificultam a RE de maneira adaptativa.

Considera-se importante focar em ações preventivas que elucidem o conteúdo da RE (Sáez-Suanes et al., 2023), assim como no tratamento em

terapia de demandas individuais e, especificamente, da alexitimia, com o objetivo de reduzir a incidência e a severidade de potenciais transtornos de humor (Morie et al., 2019). Mapear variáveis e inter-relações de sintomas depressivos no TEA e na população geral fornece uma base para futuras intervenções, assim como a análise das funções executivas e da RE em indivíduos com TEA, permite compreender os impactos de forma abrangente (Conner et al., 2023; Sáez-Suanes et al., 2023).

Impactos em Sintomas Ansiosos

As relações bidirecionais apresentadas na Figura 2 são visualizadas de forma consistente. Embora Samson et al. (2022) e Tajik-Parvinchi et al. (2020) não as mencionem explicitamente, é possível hipotetizar que o posicionamento da atenção funcione como uma estratégia de RE para reduzir sintomas ansiosos. Nesse contexto, esses autores observaram que aspectos sintomáticos comuns do TEA, como comportamentos repetitivos e interesses restritos, exerceram efeitos positivos sobre mudanças emocionais bruscas e intensas — a labilidade emocional —, atuando como um fator tranquilizante para a ansiedade infantil. Observa-se que a capacidade de regulação emocional, quando prejudicada pelos próprios sintomas do TEA, impacta a ansiedade. Para além disso, a alexitimia — relacionada à dificuldade em utilizar estratégias de regulação emocional — também pode mediar os sintomas ansiosos (Conner et al., 2020; Morie et al., 2019), tendo em vista a dificuldade para identificar e compreender as próprias emoções.

Em comparação com outras duas condições médicas, a Síndrome de Williams e a DI, as quais impactam o desenvolvimento cognitivo, as habilidades sociais e as dificuldades de aprendizagem, os indivíduos mais jovens com TEA, ainda que dotados de maiores habilidades intelectuais e estratégias adaptativas da RE associadas a um raciocínio verbal mais forte (Tajik-Parvinchi et al., 2020), também apresentaram níveis mais altos de ansiedade (Conner et al., 2020; Samson et al., 2022) e de alexitimia (Morie et al., 2019). Para crianças com TEA e DI, os comportamentos repetitivos, atuando como efeito tranquilizante sobre

a labilidade emocional, são melhor explicados pela limitação das estratégias de RE, decorrente do maior comprometimento cognitivo (Samson et al., 2022). No entanto, isto não anula a ocorrência de estratégias desadaptativas (Sáez-Suanes et al., 2023), e ambas possuem consequências negativas a longo prazo.

A estratégia de posicionamento da atenção também está presente neste estudo, em que o humor foi apontado como uma estratégia de RE positiva a longo prazo, associada a menores níveis de ansiedade; além disso, em níveis mais baixos de ansiedade, essa estratégia foi a mais recorrente, direcionada ao foco em aspectos positivos (Samson et al., 2022). Embora os pais relatem um maior nível de ansiedade em indivíduos com TEA mais jovens (Conner, et al., 2020), a utilização frequente de estratégias de RE está associada a uma maior necessidade de regulação, o que tende a aumentar com a idade (Samson et al., 2022). Isso sustenta a necessidade de focar na RE em programas de intervenção (Sáez-Suanes et al., 2023). Uma interpretação plausível é que, quanto maior for o sucesso dessas estratégias, mais eficaz e frequente serão a socialização e a realização de tarefas pelo indivíduo, aumentando, consequentemente, a necessidade de RE.

Os achados também indicam que, ao lidar com o diagnóstico do TEA em seus filhos, pais com sentimento de urgência também tendem a apresentar maior ansiedade. Nesse caso, há um impulsionamento das melhores respostas das crianças aos tratamentos, com melhorias na RE, devido ao comprometimento da família com o caso (Tajik-Parvinchi et al., 2020). Intervenções focadas em RE possibilitam a redução da ansiedade social, destacando a motivação social, diminuindo a evitação e oportunizando a utilização das habilidades emocionais adquiridas (Conner et al., 2020; Sáez-Suanes et al., 2023). Pode-se inferir que, quanto mais estratégias de RE forem adquiridas, maiores serão as oportunidades de convivência social e de promoção do bem-estar.

Utilização dos Instrumentos de Avaliação

Estimou-se como importante essa discussão, tendo em vista que, por se tratar de pesquisas

empíricas, todas utilizaram instrumentos de avaliação e medidas psicológicas. A Tabela 2 apresenta, de maneira panorâmica, os dados a serem abordados. Na primeira coluna, estão os fenômenos avaliados, como TEA, RE, ansiedade, depressão, entre outros. A segunda coluna lista 23 instrumentos utilizados pelos estudos. Nas colunas seguintes, de 1 a 7, cada célula na tabela contendo um “X” indica o uso do instrumento. A seguir, será abordada a utilização em cada construto e, posteriormente, será apresentada uma visão geral.

Tabela 2

Instrumentos utilizados para avaliação dos fenômenos

Fenômeno Avaliado	Instrumento	Artigos						
		Morie et al. (2019)	Tajik-Parvinchi et al. (2020)	Conner et al. (2020)	Charlton et al. (2020)	Samson et al. (2022)	Sáez-Suanes (2023)	Conner (2023)
TEA	ADOS-2							X
	SRS-2	X	X	X				X
	SCQ			X				
	DiBAS-R						X	
Regulação Emocional	CEMS		X					
	DERS	X						X
	EDI			X				
	ERC						X	
	Quest. Autoral*					X		
	RSQ				X			
Ansiedade / Depressão	ADIS-C/P				X			
	DASS	X	X					
	PRAS-ASD			X				
	BAI							X
	GDS-LD						X	
	BDI-II							X
Alexitimia	TAS-20	X						
	BASC-2 PRS		X					
Comportamento	CBCL				X			
	Quest. Autoral**		X					
Inteligência	Leiter Scale						X	
	WASI-II		X					X
Funções Executivas	DKEFS							X

Nota. SRS Social Responsiveness Scale (SRS), DASS Depression and Anxiety Stress Scales (DASS), TAS-20 Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), DERS Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS), GP General population (GP), Child Emotion Management Scales (CEMS), Behavior Assessment System for Children, Second Edition – Parent Rating Scales (BASC-2 PRS), Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-C/P), Response to Stress Questionnaire (RSQ), Child Behavior Checklist (CBCL), The Diagnostic Behavioral Assessment for Autism Spectrum Disorders-Revised (DiBAS-R), Leiter International Performance Scale (Leiter Scale), Glasgow Depression Scale for people with a Learning Disability (GDS—LD), Emotional Regulation Checklist (ERC), Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition (ADOS-2), Social Responsiveness Scale, Second Edition (SRS-2), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI-II), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS), Wechsler Abbreviated Scale Intelligence (WASI-II), Questionário autorial* inclui dados sociodemográficos, diagnóstico, ansiedade e regulação emocional, Questionário autorial** inclui a prontidão do participante para o tratamento.

Para a avaliação sintomatológica do TEA, o Social Responsiveness Scale (SRS-2) foi o instrumento mais utilizado pelos pesquisadores (Conner et al., 2023; Conner et al., 2020; Morie et al., 2019; Tajik-Parvinchi et al., 2020). Esse instrumento foi destacado como o mais comum devido à sua atualização com o DSM, sendo uma medida válida para os sintomas do autismo. O SRS-2 é composto por cinco subescalas que avaliam: consciência social, cognição social, comunicação social, motivação social e comportamentos restritos e repetitivos. Apenas uma das pesquisas (Conner et al., 2020) utilizou somente duas subescalas do SRS-2 e também aplicou um instrumento adicional para a avaliação das características do TEA, o Social Communication Questionnaire (SCQ). Outra pesquisa (Conner et al., 2023) também utilizou um instrumento adicional para a sintomatologia do TEA, o Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2), o que corrobora a consistência dos dados obtidos.

A RE foi avaliada pelas pesquisas por meio de seis instrumentos no total, nenhum dos quais é especificamente destinado ao TEA. O instrumento mais utilizado foi o Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Os domínios avaliados pelo DERS estão relacionados à desregulação emocional e incluem: não aceitação de respostas emocionais negativas; dificuldade em cumprir objetivos quando se experienciam emoções negativas; descontrole de impulsos durante a experiência de emoções negativas; autoconhecimento emocional limitado; desconhecimento de estratégias de RE; e dificuldade para entender os sentimentos. Os demais instrumentos utilizados possuem relação com a RE (Charlton et al., 2020; Sáez-Suanes et al., 2023; Samson et al., 2022; Tajik-Parvinchi et al., 2020), e cada um tem um enfoque específico, seja na avaliação de habilidades de gerenciamento emocional ou de estratégias de enfrentamento, por faixa etária, formulação de questões ou contexto de utilização.

Das avaliações de ansiedade realizadas, apenas uma (Conner et al., 2020) utilizou instrumento adequado para indivíduos com TEA: o Parent-Rated Anxiety Scale for Autism Spectrum Disorder (PRAS-ASD). Os outros dois instrumentos utilizados

(Charlton et al., 2020; Sáez-Suanes et al., 2023) foram o Anxiety Disorders Interview Schedule for Children/Parents (ADIS-C/P) e o Beck Anxiety Inventory (BAI), sem menções a adaptações para o público específico, embora o BAI possua estudos anteriores em adultos com TEA (Sáez-Suanes et al., 2023). O instrumento mais utilizado foi a Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS), que avalia ansiedade e depressão e foi aplicado em duas pesquisas (Morie et al., 2019; Tajik-Parvinchi et al., 2020). Essa escala pontua a expressão de sintomas associados aos estados afetivos negativos de depressão, ansiedade e estresse, mas não é específica para indivíduos autistas. Avaliações de depressão também ocorreram em duas pesquisas (Conner et al., 2023; Samson et al., 2022), as quais utilizaram a Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability (GDS-LD), voltada para indivíduos com DI, e o Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI-II), voltado para adolescentes e adultos da população geral.

Os instrumentos a seguir serão mencionados brevemente, pois foram utilizados para atender aos objetivos específicos das pesquisas realizadas e evidenciaram boas relações durante as discussões. A avaliação de alexitimia foi realizada por meio do Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), que investiga: dificuldades em identificar sentimentos pelas sensações corporais; dificuldades em descrever os próprios sentimentos; e pensamentos concretos voltados aos fenômenos externos (Morie et al., 2019). Para a avaliação das capacidades intelectuais, a Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI-II) foi utilizada em duas pesquisas (Conner et al., 2023; Tajik-Parvinchi et al., 2020), que aplicaram as mesmas subescalas: raciocínio verbal e raciocínio não verbal. Para a avaliação das funções executivas, o Delis-Kaplan Executive Function System (DKEFS) foi aplicado por meio de suas três subescalas, que se relacionam com a flexibilidade cognitiva e inibição (Conner et al., 2023).

Os pesquisadores de dois estudos conduziram ensaios clínicos randomizados (RCTs), que possuem alto nível de evidência científica (Conner et al., 2023; Tajik-Parvinchi et al., 2020). Esses estudos incluíram avaliações antes e após a intervenção para mensurar sua eficácia. Todas as

pesquisas forneceram as propriedades psicométricas e os dados sobre a consistência interna dos seus instrumentos, com exceção de uma (Samson et al., 2022). Esta pesquisa utilizou um questionário autoral para avaliar as estratégias de RE em indivíduos com Síndrome de Williams, TEA e DI, estudo este realizado em 51 países. A ausência de informações sobre as propriedades psicométricas e a falta de validação no método de pesquisa implicam prejuízo à precisão e à confiabilidade dos resultados, pois a diferença cultural entre os países destaca a necessidade de adaptação do material para a adequação aos diversos contextos.

Foi mencionada a dificuldade na avaliação da depressão no TEA devido à falta de instrumentos adequados, especialmente para o TEA com DI (Samson et al., 2022). Os instrumentos respondidos *on-line* (Conner et al., 2020; Morie et al., 2019) não possuíam um ambiente de pesquisa controlado pelos pesquisadores, o que pode influenciar os resultados obtidos. Um dos estudos (Conner et al., 2023) apontou como limitação o uso não padronizado do instrumento para avaliação do TEA, e outro (Conner et al., 2020) mencionou-a por não ter sido possível confirmar os diagnósticos de TEA em todos os participantes da pesquisa. É importante considerar que alguns estudos mencionaram o risco de dados enviesados devido à obtenção através dos próprios pais e cuidadores (Conner et al., 2020; Samson et al., 2022), ou pela própria avaliação observacional dos comportamentos (Samson et al., 2022).

Ao pensar nos objetivos específicos de cada pesquisa, considerando as propostas individuais de cada estudo, compreende-se a variedade de instrumentos utilizados para as avaliações, os quais buscaram contemplar cada fenômeno a ser mensurado de acordo com os objetivos temáticos. Porém, é válido ressaltar que existem ressalvas e limitações. A utilização de instrumentos que não foram projetados para a especificidade do TEA demanda adaptações e flexibilidade dos pesquisadores para que se considerem as características individuais do avaliado.

Considerações Finais

A RE é um tema emergente na área de pesquisa, com um número crescente de produções nas bases de dados. Esta pesquisa analisou as relações entre a RE e os sintomas de ansiedade e depressão no TEA. A compreensão das conexões, evidenciadas nessa revisão, revela uma cadeia sintomática complexa e significativa (ver Figura 2). Indivíduos com TEA apresentam maior vulnerabilidade a estratégias de RE desadaptativas, associadas à alexitimia, à dificuldade de reconhecer e compreender emoções e à limitação na aprendizagem e na aplicação de estratégias adaptativas. Essa vulnerabilidade intensifica pensamentos ruminativos, aumenta a inflexibilidade cognitiva e dificulta a adaptação emocional diante de contextos sociais, elevando o risco de transtornos de humor. Por outro lado, estratégias adaptativas de RE, como o posicionamento da atenção e o foco em aspectos positivos, contribuem para a diminuição da ansiedade, facilitam a socialização e promovem o bem-estar, sobretudo quando apoiadas pelo engajamento familiar e por intervenções direcionadas. Dessa forma, reforça-se a importância de programas de intervenção centrados na RE que considerem o desenvolvimento da inteligência emocional, a alexitimia e a flexibilidade cognitiva, com vistas a reduzir o impacto de sintomas ansiosos e depressivos e a ampliar as oportunidades de convivência social para indivíduos com TEA.

Identifica-se uma escassez de estudos nacionais sobre o tema, bem como a falta de pesquisas longitudinais com grandes amostras e perfis populacionais variados, que poderiam contribuir para uma melhor compreensão dos fenômenos e para uma maior confiabilidade dos resultados. Entre as pesquisas, estão presentes instrumentos comuns e bem embasados; porém ainda há insuficiência de instrumentos adaptados para indivíduos com TEA, o que dificulta a realização de mensurações precisas, comprometendo a confiabilidade, a comparabilidade e a validação dos resultados e das conclusões de maneira generalizada. As análises críticas apresentadas nesta pesquisa indicam a necessidade de continuidade e desenvolvimento de estudos e de instrumentos específicos e contextualizados para

indivíduos com TEA. Há uma necessidade científica de novas ferramentas que possibilitem intervenções adequadas e promovam o bem-estar social. Vale destacar que esta pesquisa se concentrou em materiais relacionados à ansiedade e à depressão; portanto, é relevante e necessário o aprofundamento em novas pesquisas para explorar outras relações da RE no contexto do TEA.

Referências

- Ameis, S. H., Haltigan, J. D., Lyon, R. E., Sawyer, A., Mirenda, P., Kerns, C. M., Smith, I. M., Vaillancourt, T., Volden, J., Waddell, C., Zwaigenbaum, L., Bennett, T., Duku, E., Elsabbagh, M., Georgiades, S., Ungar, W. J., Zaidman-Zait, A., Lai, M. C., Szatmari, P., & Pathways in ASD Study Team. (2022). Middle-childhood executive functioning mediates associations between early-childhood autism symptoms and adolescent mental health, academic and functional outcomes in autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 63(5), 553–562. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13493>
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5a ed., Rev. ed.). Artmed Editora.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). *Introdução à psicologia de Hilgard*. Artmed.
- Buck, R. (1990). Mood and emotion: A comparison of five contemporary views. *Psychological Inquiry*, 1(4), 330–336. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0104_15
- Bos, D. J., Silver, B. M., Barnes, E. D., Ajodan, E. L., Silverman, M. R., Clark-Whitney, E., Tarpey, T., & Jones, R. M. (2020). Adolescent-specific motivation deficits in autism versus typical development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(1), 364–372. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04258-9>
- Bradley, C. C., Boan, A. D., Cohen, A. P., Charles, J. M., & Carpenter, L. A. (2016). Reported history of developmental regression and restricted, repetitive behaviors in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 37(6), 451–456. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000316>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025, 17 de abril). Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 sites, United

- States, 2022. Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries, 74(2), 1–22. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/ss/ss7402a1.htm>
- Charlton, A. S., Smith, I. C., Mazefsky, C. A., & White, S. W. (2020). The Role of Emotion Regulation on Co-occurring Psychopathology in Emerging Adults with ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(7), 2585–2592. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03983-5>
- Cibralic, S., Kohlhoff, J., Wallace, N., McMahon, C., & Eapen, V. (2019). A systematic review of emotion regulation in children with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 68, 101422. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.101422>
- Conner, C. M., Elias, R., Smith, I. C., & White, S. W. (2023). Emotion Regulation and Executive Function: Associations with Depression and Anxiety in Autism. *Research in autism spectrum disorders*, 101, 102103. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2023.102103>
- Conner, C. M., White, S. W., Scahill, L., & Mazefsky, C. A. (2020). The role of emotion regulation and core autism symptoms in the experience of anxiety in autism. *Autism: the international journal of research and practice*, 24(4), 931–940. <https://doi.org/10.1177/1362361320904217>
- Damasio, A. R. (1994). *Descartess error*. Putnam.
- Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções*. Lua de papel.
- Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551–573. doi:10.1080/026999399379186
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3–20). Guilford.
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. doi:10.1080/1047840x.2014.940781
- Hirschle, A. L. T., & Gondim, S. M. G.. (2019). Medida de Regulação Emocional no Trabalho (RE-Trab): Estrutura e Evidências de Validade. *Psico-usf*, 24(1), 41–54. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240104>
- Hirschler-Guttenberg, Y., Golan, O., Ostfeld-Etzion, S., & Feldman, R. (2015). Mothering, fathering, and the regulation of negative and positive emotions in high-functioning preschoolers with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(5), 530–539. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12311>
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M., & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-35>
- Hudson, C. C., Hall, L., & Harkness, K. L. (2018). Prevalence of depressive disorders in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, 165–175. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0402-1>
- Hyman, S. L., Levy, S. E., Myers, S. M., Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Kuo, D. Z., Apkon, S., Davidson, L. F., Ellerbeck, K. A., Foster, J. E. A., Noritz, G. H., Leppert, M. O., Saunders, B. S., Stille, C., Yin, L., Weitzman, C. C., Childers, D. O., Levine, J. M., Peralta-Carcelen, A. M., ... Bridgemohan, C. (2020). Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*, 145(1), e20193447. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>
- Jahromi, L. B., Meek, S. E., & Ober-Reynolds, S. (2012). Emotion regulation in the context of frustration in children with high functioning autism and their typical peers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 53(12), 1250–1258. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02560.x>
- Johnson, C. P., Myers, S. M., & American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*,

120(5), 1183–1215. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2361>

- Joshi, G., Wozniak, J., Petty, C., Martelon, M. K., Fried, R., Bolfek, A., Kotte, A., Stevens, J., Furtak, S. L., Bourgeois, M., Caruso, J., Caron, A., & Biederman, J. (2013). Psychiatric comorbidity and functioning in a clinically referred population of adults with autism spectrum disorders: A comparative study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(6), 1314–1325. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1679-5>
- Keluskar, J., Reicher, D., Gorecki, A., Mazefsky, C., & Crowell, J. A. (2021). Understanding, Assessing, and Intervening with Emotion Dysregulation in Autism Spectrum Disorder: A Developmental Perspective. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 335–348. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.013>
- Kim, Y. S., Fombonne, E., Koh, Y. J., Kim, S. J., Cheon, K. A., & Leventhal, B. L. (2014). A comparison of DSM-IV pervasive developmental disorder and DSM-5 autism spectrum disorder prevalence in an epidemiologic sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(5), 500–508. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.021>
- Mazefsky, C. A., Pelphrey, K. A., & Dahl, R. E. (2012). The Need for a Broader Approach to Emotion Regulation Research in Autism. *Child Development Perspectives*, 6(1), 92–97. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00229.x>
- Magnuson, K. M., & Constantino, J. N. (2011). Characterization of depression in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32(4), 332–340. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318213f56c>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Morie, K. P., Jackson, S., Zhai, Z. W., Potenza, M. N., & Dritschel, B. (2019). Mood Disorders in High-Functioning Autism: The Importance of Alexithymia and Emotional Regulation. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(7), 2935–2945. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04020-1>
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Rai, D., Heuvelman, H., Dalman, C., Culpin, I., Lundberg, M., Carpenter, P., & Magnusson, C. (2018). Association Between Autism Spectrum Disorders With or Without Intellectual Disability and Depression in Young Adulthood. *JAMA network open*, 1(4), e181465. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.1465>
- Ruggieri, V. (2020). Autismo, depresión y riesgo de suicidio [Autism, depression and risk of suicide]. *Medicina*, 80(Suppl 2), 12–16.
- Sáez-Suanes, G. P., García-Villamizar, D., & Del Pozo Armentia, A. (2023). The role of intellectual disability and emotional regulation in the autism-depression relationship. *Autism: the international journal of research and practice*, 27(7), 1960–1967. <https://doi.org/10.1177/13623613231161881>
- Sampaio, R., & Mancini, M. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11(1), 83–89. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>
- Samson, A. C., Sokhn, N., Van Herwegen, J., & Dukes, D. (2022). An exploratory study on emotion regulation strategy use in individuals with Williams syndrome, autism spectrum disorder and intellectual disability. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 940872. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.940872>
- Scarpa, A., & Reyes, N. M. (2011). Improving emotion regulation with CBT in young children with high functioning autism spectrum disorders: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(4), 495–500. <https://doi.org/10.1017/S1352465811000063>

- Tajik-Parvinchi, D. J., Farmus, L., Cribbie, R., Albaum, C., & Weiss, J. A. (2020). Clinical and parental predictors of emotion regulation following cognitive behaviour therapy in children with autism. *Autism: the international journal of research and practice*, 24(4), 851–866. <https://doi.org/10.1177/1362361320909178>
- van Steensel, F. J., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 302–317. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0>
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 216–229. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.003>
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Choueiri, R., Kasari, C., Carter, A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., Roley, S. S., Wagner, S., Fein, D., Pierce, K., Buie, T., Davis, P. A., Newschaffer, C., Robins, D., Wetherby, A., Stone, W. L., Yirmiya, N., Estes, A., ... Natowicz, M. R. (2015). Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*, 136(Suppl. 1), 60–81. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3667E>

Efeito Golem e violência de gênero: influência das crenças limitantes sobre mulheres em relacionamentos abusivos.

Golem Effect and gender-based violence: influence of limiting beliefs on women in abusive relationships abusive behavior.

Fabiana Amaro de Brito¹ 

Universidad Internacional Iberoamericana, México, Campeche.

Resumo: Este estudo analisa como o Efeito Golem aliado a crenças limitantes contribuem para a perpetuação de comportamentos abusivos em casos de violência de gênero. A pesquisa, baseada em revisão bibliográfica, explora como estereótipos de gênero e expectativas negativas influenciam as dinâmicas de poder em relacionamentos abusivos, mantendo a mulher submissa na relação. O Efeito Golem é utilizado para explicar como crenças de incapacidade e dependência sustentam os ciclos de violência doméstica e familiar, sobretudo a psicológica. O estudo destaca a manipulação emocional e a violência simbólica como ferramentas de controle dos agressores e sustenta que a desconstrução dessas crenças é fundamental para estratégias preventivas e intervenções focadas na igualdade de gênero e na emancipação das vítimas.

Palavras-chave: Efeito Golem, crenças limitantes, violência de gênero, manipulação emocional

Abstract: This study analyzes how the Golem Effect and limiting beliefs contribute to the perpetuation of abusive behaviors in cases of gender-based violence. The research, based on a literature review, explores how gender stereotypes and negative expectations influence power dynamics in abusive relationships, reinforcing female submission. The Golem Effect is used to explain how beliefs of incapacity and dependence sustain cycles of domestic and family violence, especially psychologically. The study highlights emotional manipulation and symbolic violence as control tools used by abusers and suggests that the deconstruction of these beliefs is essential for preventive strategies and interventions focused on gender equality and the empowerment of victims

Keywords: Golem effect, limiting beliefs, gender violence, emotional manipulation

1 Doutoranda em Psicologia. Universidad Internacional Iberoamericana – México, Campeche. *E-mail:* fabiana.amaro@doctorado.unini.edu.mx

Submetido em: 15-04-2025. Primeira decisão editorial: 13-05-2025. Aceito em: 30-10-2025.

Introdução

O Efeito Golem é um fenômeno que descreve como expectativas negativas direcionadas a um indivíduo ou grupo podem impactar de maneira prejudicial seu desempenho, comportamento e autoestima. Originado a partir de pesquisas no campo da psicologia educacional, esse conceito explica que quando uma pessoa é vista por outra, ou por um grupo, como incapaz, incompetente ou limitada, essas expectativas negativas tendem a se concretizar por meio de uma série de respostas comportamentais e emocionais, tanto de quem está sendo avaliado quanto de quem avalia.

Dessa forma, as crenças limitantes e as expectativas sociais não apenas influenciam o desenvolvimento individual, mas também moldam as relações, interações e atitudes humanas, especialmente em contextos de poder e desigualdade, nos quais a dinâmica de controle e subjugação é verificada. Sua relevância nas ciências sociais e comportamentais se manifesta principalmente ao abordar como os estereótipos e as percepções negativas atuam para restringir oportunidades e consolidar estruturas sociais desiguais. Esse efeito, inicialmente estudado no contexto acadêmico, apresenta implicações amplas nas relações sociais e de poder, permeando ambientes profissionais, familiares e, como aqui apresentado, as relações de gênero.

A violência de gênero - e aqui devemos considerar tanto a violência visível quanto a invisível (simbólica) - está fortemente associada a normas e crenças sociais que reforçam estereótipos de submissão e inferioridade feminina. Definida como qualquer ato de violência motivado por questões de gênero, essa forma de abuso está enraizada em expectativas sociais que relegam as mulheres a papéis de menor poder e relevância. Contudo, conforme explicado por Connell (2005) é importante compreender que tais normas não existem de forma isolada, mas se enraízam em uma estrutura social mais ampla: o patriarcado. Este sistema, historicamente construído, organiza as relações de poder entre os gêneros e legitima práticas de dominação masculina em diferentes esferas da vida social.

Connell (2005) acrescenta que o patriarcado não é um conceito abstrato ou universal, mas assume formas específicas conforme o contexto histórico e cultural, expressando-se, por exemplo, por meio da masculinidade hegemônica e de suas variações. Dessa forma, as desigualdades de gênero devem ser entendidas como parte de um processo estrutural que ultrapassa o nível das crenças individuais e se articulam com dinâmicas sociais e institucionais mais amplas.

Nesse sentido, o Efeito Golem encontra terreno fértil para se manifestar e se estabelecer, pois as crenças de inferioridade sobre as mulheres sustentadas por padrões culturais e sociais, contribuem para a perpetuação de comportamentos abusivos e dinâmicas de poder desiguais. Quando um agressor acredita que sua parceira é naturalmente passiva ou submissa, essas crenças não apenas orientam suas atitudes de controle e desvalorização, como também induzem a vítima a internalizar esses estereótipos, de forma cada vez mais profunda, e a reproduzi-los em seu comportamento, criando um ciclo de autorrealização negativa que fortalece ainda mais a dinâmica abusiva.

Ao analisar o Efeito Golem no contexto da violência de gênero, percebe-se que as expectativas negativas sobre o papel das mulheres influenciam diretamente a forma como elas são tratadas e como se veem em situações de conflito e abuso. As crenças sociais que perpetuam a ideia de que mulheres são mais frágeis emocionalmente, mais fracas e subordinadas ao homem provedor, criam um ambiente propício para a manifestação de comportamentos abusivos, uma vez que essas expectativas orientam as interações e estabelecem limites para o comportamento e pensamento feminino. Dessa forma, algumas mulheres em relações abusivas tendem a encarar situações de violência psicológica, como humilhações e críticas constantes, devido à internalização de papéis de gênero que sustentam a dependência e a submissão.

Nesse cenário, o presente estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar a compreensão de como o Efeito Golem, ao se manifestar em relações de gênero, contribui para a continuidade de dinâmicas de poder abusivas e de construção de crenças limitantes que afetam não apenas a percepção

das mulheres sobre si mesmas, mas também suas chances de reação e de resistência. Compreender essa dinâmica pode fornecer valiosas ferramentas para a desconstrução de estereótipos e para o desenvolvimento de intervenções que promovam relações equitativas e saudáveis. A relevância do tema também se dá no contexto das políticas públicas, uma vez que a violência de gênero é uma questão de saúde pública, de segurança pública e de direitos humanos, exigindo esforços multidisciplinares para a construção de uma sociedade em que homens e mulheres possam se relacionar sem a normalização de expectativas limitantes e maléficas.

O objetivo principal deste artigo é examinar como o Efeito Golem influencia comportamentos abusivos nas relações de gênero, explorando a interação entre crenças limitantes e violência de gênero. A proposta é analisar como essas expectativas negativas, sustentadas por normas sociais, contribuem para a manutenção de padrões de comportamento abusivo e para a naturalização da violência contra a mulher. Além disso, busca-se discutir as implicações dessas dinâmicas para a construção de políticas públicas voltadas à prevenção da violência e à promoção de relações de gênero saudáveis e equitativas.

Para tanto, será explicado de que forma o Efeito Golem se manifesta em situações de violência de gênero, já que influencia a autopercepção e o comportamento das mulheres e fortalece as crenças sociais que sustentam essa desigualdade. Assim, o artigo pretende contribuir para uma compreensão mais ampla de alguns mecanismos psicológicos e sociais que perpetuam a violência de gênero e fornecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e prevenção.

Efeito Golem

O termo Efeito Golem foi inicialmente utilizado para descrever um fenômeno observado no contexto educacional, no qual expectativas negativas geradas pelos educadores resultam em desempenhos mais baixos por parte dos alunos. Esse conceito surgiu a partir do clássico experimento realizado por Robert Rosenthal e Lenore Jacobson

(2003): professores foram informados de que certos alunos possuíam menor potencial de desenvolvimento intelectual, quando na verdade os estudantes foram escolhidos aleatoriamente.

Os resultados mostraram que os alunos rotulados como de “baixo potencial” apresentaram, de fato, um desempenho inferior ao longo do ano. Contudo, esse fato não se deu devido ao baixo intelecto dos alunos, mas sim em decorrência das expectativas negativas que os professores passaram a ter sobre eles, estabelecendo ali um ciclo de retroalimentação negativa.

O Efeito Golem se estabelece quando as expectativas negativas se tornam uma espécie de profecias autorrealizáveis, influenciando a maneira como o indivíduo se enxerga e se comporta, de acordo como é classificado e tratado. Isso pode ocorrer de forma consciente ou inconsciente por parte de quem define essas expectativas, mas sempre resulta em um impacto significativo sobre quem as recebe.

Outros estudos posteriores, como o de Lee Jussim (2012), demonstraram que, embora o Efeito Golem seja mais evidente no ambiente educacional, no qual a figura de autoridade do professor é um elemento chave, ele também é observado em outras esferas sociais, como o ambiente organizacional e as relações familiares. Jussim (2012) explica que o impacto das expectativas negativas não se limita ao ambiente escolar, mas afeta diversos contextos sociais e profissionais, influenciando a autopercepção, a autoestima e as relações de poder. A expectativa negativa, quando aplicada a grupos estigmatizados, como mulheres em ambientes dominados por homens ou em cargos de liderança ocupados por grupos étnico-raciais marginalizados, reforça estereótipos e cria barreiras para o desenvolvimento e a promoção dessas pessoas. A influência dessas expectativas sobre o comportamento humano é tão profunda que, em muitos casos, os indivíduos acabam se comportando de acordo com o rótulo imposto, mesmo quando inicialmente não correspondiam a essas características. Assim, o indivíduo tende a se moldar de acordo com a expectativa, ainda que negativa, que nele é depositada.

Carol Dweck (2006) acrescenta a importância

de se compreender a influência das expectativas negativas no desenvolvimento de mentalidades fixas e limitantes. Em seu trabalho sobre a teoria dos *mindsets*, Dweck (2006) explica que pessoas que internalizam crenças de incapacidade, como aquelas associadas ao Efeito Golem, desenvolvem uma “mentalidade fixa”, acreditando que suas habilidades são inatas e imutáveis. Isso limita a disposição de enfrentar desafios e a capacidade de crescer e aprender a partir de experiências, perpetuando o ciclo de fracassos e baixa autoconfiança.

Dentre as principais aplicações do Efeito Golem, podemos citar a análise de relações de poder, estigmatização e perpetuação de desigualdades sociais, especialmente a pessoas que pertencem a grupos historicamente vulnerabilizados como mulheres, grupos étnico-raciais marginalizados e pessoas com deficiências. Em situações de discriminação de gênero, por exemplo, expectativas negativas sobre a competência das mulheres em certos campos profissionais e acadêmicos, como ciência e tecnologia ou profissões ligadas ao desempenho físico como futebol, e ainda ao militarismo, acabam por desestimular a participação feminina nessas áreas, levando a uma sub-representação que é utilizada para justificar essas mesmas expectativas, fechando o ciclo de desigualdade e inferioridade (Rosenthal & Jacobson, 2003).

No ambiente organizacional, o Efeito Golem também pode ser observado na prática da “autoavaliação negativa”, na qual indivíduos de grupos estigmatizados passam a questionar suas próprias habilidades e acabam por se conformar com papéis subalternos, aquém das suas reais potencialidades. Isso é particularmente evidente em contextos profissionais em que a meritocracia é empregada como um princípio básico, mas as expectativas negativas sobre certos grupos limitam a avaliação justa de suas competências e habilidades. A partir desse ponto, cria-se um ciclo de confirmação em que o potencial do indivíduo é subaproveitado, reforçando as crenças originais sobre sua suposta incapacidade, já que ele passa a internalizar aquele julgamento e se molda a ele (Jussim, 2012).

No contexto jurídico o Efeito Golem também é evidente, pois influencia a maneira como

juízes e jurados percebem e julgam indivíduos pertencentes a grupos estigmatizados. Estudos demonstram que réus pertencentes a grupos étnico-raciais marginalizados recebem tratamentos mais severos, mesmo quando apresentam históricos e circunstâncias semelhantes aos de réus brancos. As expectativas negativas sobre comportamentos violentos e delinquentes baseadas em raça ou etnia contribuem para decisões enviesadas, enfatizando a desigualdade no sistema de justiça (Jussim, 2012).

Dessa forma, o Efeito Golem é uma ferramenta valiosa para entendermos como expectativas negativas podem transformar-se em comportamentos que validam essas mesmas expectativas, especialmente em contextos de desigualdade e discriminação. Isso porque ao atuar como um mecanismo de autorreforço, ele contribui para a estagnação social de grupos vulnerabilizados e para a manutenção de estruturas de poder, sendo, portanto, um conceito central para a compreensão das dinâmicas de exclusão social e dos desafios enfrentados em processos de inclusão e equidade (Dweck, 2006), sobretudo nas relações de gênero.

Violência de gênero

A violência de gênero é um fenômeno complexo que se manifesta de várias formas, como: violência doméstica, violência institucional, violência médica etc. Essas formas de violência são enraizadas em normas sociais e culturais que sustentam a desigualdade entre homens e mulheres, reforçam estereótipos de gênero e atribuem aos homens uma posição de superioridade e controle, enquanto as mulheres tendem a ser vistas como subordinadas e passivas. Esse tipo de violência não se limita a agressões físicas, mas abrange também comportamentos e atitudes que visam à subjugação da vítima, minando sua autonomia e dignidade (Butler, 2002).

Contudo, embora haja esse enraizamento da violência estrutural, Saffioti (2015) desnaturaliza a submissão de um sexo a outro, ao considerar que a dominação masculina não é um fenômeno biológico ou isolado, mas sim um sistema de poder estruturalmente imbricado nas relações de classe e

raça, e evidencia como a própria instituição familiar é um terreno de reprodução e manutenção da dominação. A autora também expande o conceito de violência para além de sua manifestação física, abrangendo as formas simbólicas, psicológicas e estruturais que operam nas malhas fina e grossa da sociedade. Saffioti (2015) acrescenta que o patriarcado se manifesta por meio de um complexo ideológico que, historicamente, confina a mulher ao espaço privado, ao mesmo tempo em que permeia as instituições públicas, incluindo o direito e os mecanismos de segurança.

Pierre Bourdieu (2023) argumenta que a violência simbólica é uma das formas mais insidiosas de controle, pois opera de maneira sutil e invisível, sem recorrer à coerção física explícita. Essa violência simbólica se manifesta por meio de práticas culturais, sociais, políticas e econômicas que reforçam a dominação masculina e são aceitas tanto por homens quanto por mulheres como naturais e legítimas, ou seja, aceitas pela sociedade em geral. Um exemplo prático é a crença de que as mulheres são as responsáveis pelas tarefas domésticas e pela educação dos filhos, mesmo quando possuem carreiras profissionais. Essa aceitação tácita de papéis desiguais e funções desequilibradas dificulta a percepção da violência simbólica e torna mais desafiadora ainda a resistência a ela, pois as vítimas frequentemente percebem essas normas como parte de suas identidades e de suas obrigações sociais e culturais, internalizando-as.

A construção da masculinidade hegemônica é abordada por Raewyn Connell (2005) como um dos principais fatores que perpetuam a violência de gênero. A autora classifica essa hegemonia como um ideal cultural que enfatiza a força, o poder e o controle como características desejáveis no comportamento masculino, frequentemente associadas a atitudes agressivas. Esse modelo de masculinidade estabelece uma hierarquia de poder em que homens que não se conformam a esse ideal, como aqueles que demonstram características associadas à feminilidade, são vistos como fracos e inferiores; tendo, inclusive, sua masculinidade e virilidade questionadas. No contexto da violência de gênero, essa construção contribui para a manutenção

de comportamentos abusivos e para a imposição de normas que desvalorizam as mulheres e reforçam sua posição de subordinação.

Essas crenças de inferioridade e submissão feminina são mantidas por meio de práticas cotidianas que, apesar de parecerem triviais, reforçam a passividade e a dependência das mulheres. Comportamentos como controle financeiro, manipulação emocional e desvalorização das opiniões e habilidades femininas são estratégias utilizadas para minar a autoestima e a autonomia das mulheres, criando-se uma gaiola de dependência e fragilidade. Esses comportamentos são parte de um sistema mais amplo de controle sustentado por normas e expectativas sociais que moldam a maneira como mulheres e homens interagem (Connell, 2005).

Seguindo essa análise, Butler (2002) explica que a violência psicológica é uma forma de agressão que muitas vezes passa despercebida, pois não deixa marcas físicas visíveis; contudo, seu impacto é profundo e duradouro, afetando a saúde mental e emocional das vítimas, e impactando em familiares e pessoas próximas. Esse tipo de tormento mental inclui comportamentos como humilhação, isolamento social, manipulação emocional, chantagem e outros, levando as vítimas, inclusive, a acreditarem que são merecedoras desse tratamento e até mesmo culpadas pela violência que sofrem. Essa situação cria um ambiente de dependência emocional, no qual se torna cada vez mais difícil romper o ciclo de abuso. Por isso a violência psicológica é frequentemente utilizada como um precursor de outras formas de violência, como a violência física, preparando o terreno para o controle total da vítima.

Voltando ao conceito de violência simbólica abordado por Bourdieu (2023), compreendemos que ela também se apresenta como uma forma de controle que atua no nível das ideias e valores, reforçando a naturalização da desigualdade de gênero. Esse simbolismo é exercido por meio de discursos e práticas que desvalorizam as mulheres e legitimam a dominação masculina, estando presente em expressões culturais, na linguagem e nas representações midiáticas que objetificam as mulheres e reforçam sua posição de subordinação. Ao aceitar esses valores e normas como “naturais” ou

pertencentes a uma cultura incontestável, as vítimas, ainda que inconscientes disso, frequentemente internalizam sua própria inferioridade, o que dificulta a subversão.

A violência simbólica é exercida essencialmente pela imposição, pela linguagem ou pela comunicação de símbolos que, sem recorrer à violência física, estabelecem normas e limites para os papéis sociais de homens e mulheres, legitimando a dominação masculina e naturalizando a subordinação feminina. A aceitação tácita desse sistema por parte das mulheres é um dos elementos mais insidiosos dessa forma de violência, pois, ao internalizarem as expectativas de inferioridade, as mulheres acabam por contribuir, mesmo que involuntariamente, para sua própria subjugação (Bourdieu, 2023, p. 145).

Para além do contexto simbólico, as materializações da violência de gênero ocorrem também no nível estrutural, por meio de políticas e práticas institucionais que discriminam as mulheres e limitam suas oportunidades. A ineficiência de políticas de apoio a mulheres em situação de violência, como abrigos ou serviços de apoio jurídico, é uma forma de violência estrutural que perpetua a dependência e a vulnerabilidade das vítimas. Da mesma forma, a falta, ou a quantidade ainda inadequada, de iniciativas para promover a igualdade de gênero no mercado de trabalho reforça a desigualdade econômica, que é uma das principais barreiras para que as mulheres possam dar fim a relações abusivas e reconstruir suas vidas, sobretudo quando há filhos (Connell, 2005).

Assim sendo, a violência de gênero praticada contra a mulher não é apenas um conjunto de atos individuais de agressões, mas sim se origina em um sistema complexo de dominação que se manifesta em vários níveis para além do físico e psicológico. A construção da masculinidade hegemônica, as normas culturais que reforçam a desigualdade e as práticas institucionais discriminatórias são elementos que contribuem para a manutenção desse sistema. Por isso, para se analisar a violência de gênero é necessária uma visão e compreensão holística dos

fatores que interagem e se reforçam mutuamente, criando um ambiente no qual a violência é naturalizada e perpetuada (Connell, 2005).

Crenças limitantes e relações abusivas

Crenças limitantes são percepções internalizadas que restringem o potencial e a capacidade de resistência de um indivíduo, tornando-o vulnerável a dinâmicas de controle e subjugação. Essas crenças são formadas por meio de processos sociais, culturais e psicológicos que definem o que é ou não possível para determinada pessoa com base em expectativas sociais e estereótipos. Quando aplicadas a mulheres em contextos de violência de gênero, essas crenças limitantes contribuem para a internalização de padrões de comportamento que reforçam a submissão e a passividade, criando um ciclo de autossabotagem e aceitação de papéis inferiores aos dos homens.

Dentre essas crenças estão as ideias de que as mulheres são menos capazes de tomar decisões; que são muito emocionadas; que precisam de um homem para orientá-las ou protegê-las; e que sua principal função é servir e cuidar da família. Ao internalizarem esses pensamentos, as mulheres acabam aceitando lugares de dependência e subjugação, o que pode propiciar a ação de abusos e violências (Pontes et al., 2022).

Esses comportamentos abusivos contribuem para a internalização de crenças de inferioridade, que se enraízam profundamente na percepção que a mulher tem de si mesma. A repetição constante de críticas e a comparação com outras figuras femininas reforçam a sensação de inadequação, levando a vítima a acreditar que ela nunca será suficiente ou digna de respeito. Com o tempo, essas crenças limitantes se tornam verdades incontestáveis, não apenas para o agressor, mas também para a própria vítima, que passa a aceitar seu papel submisso como algo natural e inevitável. Dessa forma, esse ciclo de violência e submissão é perpetuado por uma espécie de processo de autossabotagem, no qual a mulher em situação de violência, incapaz de reconhecer seu valor, sente-se cada vez mais dependente do homem autor da violência e menos propensa a buscar ajuda

externa ou romper com a relação abusiva (Herman, 2015).

Diante disso, o processo de internalização dessas crenças é, muitas vezes, potencializado também pela ausência de apoio externo e pela falta de conscientização sobre os direitos da mulher e as dinâmicas de violência de gênero. A mulher, ao ser distanciada de amigos, familiares e outros grupos sociais, perde a oportunidade de validar suas experiências com outras pessoas e de ouvir perspectivas alternativas que desafiem as crenças impostas pelo agressor. Dessa maneira, ela se vê presa em um padrão no qual as únicas coisas que ouve e assimila são as que reforçam sua inferioridade e dependência. A manipulação emocional e a violência simbólica criam um ambiente de aprisionamento psicológico, no qual ela é gradativamente condicionada a aceitar essas expectativas como verdades absolutas e a ver sua identidade e valor através da lente distorcida do agressor, moldando seu comportamento para caber naqueles juízos (Herman, 2015).

Nesse contexto, as crenças limitantes são frequentemente utilizadas como ferramentas de manipulação emocional nos relacionamentos abusivos. Agressores empregam estratégias de controle emocional, como a crítica constante, a ridicularização e a desvalorização das habilidades e opiniões da vítima, para minar sua autoestima e criar um ambiente psicológico em que a mulher se sente incapaz de agir por si mesma. Dessa forma, a mulher é levada a um processo gradual de redução da sua autoconfiança, sendo levada a duvidar de suas próprias percepções e julgamentos, aceitando cada vez mais a visão distorcida do agressor como a verdade. Esse ambiente de manipulação e dependência emocional torna a mulher vulnerável a um ciclo de violência que se perpetua com base na crença de que ela é responsável pela manutenção do relacionamento, mesmo quando isso implica aceitar os abusos como uma “normalidade” (Hirigoyen, 2018).

Sob essa perspectiva, podemos, portanto, compreender a violência psicológica como uma forma de agressão emocional e moral que é especialmente destrutiva devido à sua capacidade de

corroer lentamente a identidade e a autopercepção da vítima. A reiteração de ideias como “você nunca será boa o suficiente”; “ninguém vai te querer”; “você é burra e não vai conseguir um emprego” são estratégias para destruir a resistência psicológica e criar uma dependência emocional que dificulta a ruptura com o relacionamento violento. Assim, a violência psicológica, apesar de não deixar marcas visíveis, é capaz de dismantelar a autoestima e a capacidade de resistência da vítima de maneira ainda mais duradoura e profunda (Hirigoyen, 2018).

Além disso, crenças limitantes frequentemente estão associadas a estigmas sociais e expectativas de gênero que moldam o comportamento de mulheres em relações abusivas. As crenças de que “mulheres devem ser compreensivas” ou que “o papel da mulher é manter a harmonia no lar” são exemplos de normas internalizadas que inibem as vítimas de denunciar abusos ou de tomar medidas para romper com o ciclo de violência. Essas crenças funcionam como barreiras psicológicas que fazem com que as mulheres se sintam responsáveis por suportar o sofrimento em prol da estabilidade do relacionamento ou da família, o que dificulta a busca por apoio ou o rompimento com o agressor. Por isso, a violência psicológica e as crenças limitantes atuam em conjunto, reforçando a ideia de que a mulher deve se submeter e aceitar a situação como uma parte intrínseca de sua identidade e função social (Pontes et al., 2022).

Outro aspecto importante relativo às crenças limitantes é a maneira como elas são cultivadas não apenas pelo agressor, mas também por outras figuras de autoridade e até mesmo pela própria sociedade. Em contextos de violência de gênero, a família, os amigos e as instituições sociais podem, de maneira consciente ou inconsciente, apoiar essas crenças ao minimizar a gravidade da violência ou ao pressionar a vítima a permanecer no relacionamento. Frases como “ele vai mudar”; “ele só estava em um mau momento” ou “é melhor manter a família unida” robustecem a ideia de que a mulher deve suportar o abuso para manter uma imagem socialmente aceitável de mulher, esposa, mãe. Isso contribui para um sentimento de culpa e responsabilidade que é manipulado pelo agressor para manter seu controle

e a dependência emocional da mulher, prolongando o ciclo de violência (Pontes et al., 2022).

Portanto, a violência psicológica é uma arma poderosa que atua sobre a mente e as emoções da vítima, usando, dentre outras ferramentas, as crenças limitantes para criar um ambiente de opressão quase invisível. Esse tipo de violência é particularmente eficaz porque além de destruir a capacidade de resistência das vítimas, também altera sua percepção da realidade, tornando-a incapaz de enxergar a própria realidade em que vive como abusiva.

A crença de que não é digna de respeito ou de que deve aceitar o abuso por ser “culpada” pelos problemas do relacionamento leva a mulher a se sentir presa em um ciclo de autoacusação e desesperança, do qual é muito difícil sair sem apoio externo (Hirigoyen, 2018).

Por fim, é importante destacar que a desconstrução dessas crenças limitantes é um passo primordial para fortalecimento e a superação de mulheres que vivenciam relações abusivas. Esse processo envolve não apenas o apoio psicológico voltado ao resgate da autoestima e da autoconfiança, mas também uma reeducação social e cultural que promova a igualdade de gênero e desafie as normas que sustentam a inferioridade feminina, muito além do âmbito conjugal. A conscientização sobre o impacto das crenças limitantes e da violência psicológica é fundamental para criar estratégias de intervenção que empoderem as mulheres a reconhecerem seu valor e a romperem com ciclos de violência (Pontes et al., 2022).

Metodologia

A metodologia adotada neste estudo é baseada em uma revisão bibliográfica, com o objetivo de explorar o impacto do Efeito Golem e das crenças limitantes nas relações de gênero e na perpetuação de comportamentos abusivos. A revisão bibliográfica foi escolhida como metodologia principal devido à sua capacidade de fornecer uma base teórica ampla e contextualizada, permitindo a análise aprofundada dos fenômenos estudados a partir de múltiplas perspectivas já consolidadas na

literatura. Essa abordagem possibilita identificar e sintetizar os principais conceitos, teorias e estudos empíricos que contribuem para a compreensão das dinâmicas de violência de gênero e das expectativas sociais que moldam comportamentos abusivos (Rosenthal & Jacobson, 2003).

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de busca sistemática em bases de dados acadêmicas como *Scielo*, *Google Scholar*, *Redalyc* e periódicos especializados, utilizando palavras-chave como “Efeito Golem”, “crenças limitantes”, “violência de gênero”, “relações abusivas” e “expectativas sociais”. Foram incluídos estudos publicados cujos focos abordam a relação entre violência psicológica e crenças internalizadas, bem como a influência de normas sociais no comportamento feminino (Jussim 2012). Também foram consultados livros notórios que estabelecem a base teórica para a análise de gênero e expectativas sociais, como as obras de Butler (2002), Connell (2005) e Bourdieu (2023), que são amplamente reconhecidas por sua contribuição ao entendimento das relações de poder e das construções simbólicas de gênero.

A revisão bibliográfica foi estruturada em três etapas: na primeira foi realizada a leitura exploratória dos textos selecionados para identificar as contribuições mais relevantes e organizar o material de acordo com categorias temáticas iniciais, como “violência simbólica”, “masculinidade hegemônica”, “crenças limitantes” e “Efeito Golem” (Dweck, 2006). Na segunda etapa, os textos foram submetidos à leitura analítica mais detalhada, visando a destacar conceitos centrais, teorias e evidências empíricas que sustentassem a discussão sobre como expectativas sociais e crenças limitantes atuam para justificar comportamentos abusivos em relações de gênero (Hirigoyen, 2018). Nessa etapa foram priorizados estudos que apresentam análises contextuais e aplicadas, sobretudo aqueles que discutem os impactos de crenças internalizadas sobre a autoimagem e a capacidade de resistência das mulheres.

Na terceira e última etapa foi realizada a síntese das informações obtidas, organizando os achados em eixos temáticos que serviram de base para a construção do referencial teórico. Cada

eixo foi aprofundado a partir da triangulação de autores e conceitos, evidenciando como o Efeito Golem, inicialmente aplicado ao contexto educacional, pode ser desdobrado para explicar dinâmicas de poder em relações abusivas. Nessa perspectiva, os estudos de Jussim (2012) sobre a influência das expectativas sociais no comportamento foram combinados com as análises de Hirigoyen (2018) sobre violência psicológica para ilustrar como a internalização de crenças limitantes gera um ciclo de autossabotagem e submissão nas vítimas (Hirigoyen, 2018; Jussim, 2012).

No tocante às fontes bibliográficas utilizadas, a maioria dos textos consultados são artigos científicos publicados em periódicos de alto impacto, livros teóricos de autores consagrados no campo dos estudos de gênero que oferecem um panorama amplo sobre a incidência e as características da violência de gênero contra a mulher.

As referências principais incluem obras de Rosenthal e Jacobson (2003) que introduziram o conceito de Efeito Golem; Jussim (2012) que amplia a discussão sobre as profecias autorrealizáveis e suas implicações sociais; Dweck (2006) que explora o impacto das mentalidades fixas e limitantes no desenvolvimento pessoal e social; e Bourdieu (2023) que explica a fundo as origens da dominação masculina e da violência simbólica.

Por meio dessa metodologia foi possível construir uma base teórica sólida para discutir como o Efeito Golem, em conjunto com as crenças limitantes, contribui para a manutenção de comportamentos abusivos em contextos de violência de gênero.

A revisão bibliográfica realizada teve como objetivo mapear estudos e teorias relacionados à violência de gênero, ao Efeito Golem e às crenças limitantes, permitindo compreender e comparar o estado atual das pesquisas sobre o tema. Esse processo possibilitou identificar lacunas na literatura, evidenciando a necessidade de investigações mais detalhadas sobre as interações entre expectativas sociais e violência simbólica, bem como sobre o papel das crenças limitantes em diferentes contextos culturais e socioeconômicos (Machado, 2020). Dessa forma, a revisão bibliográfica aqui apresentada desempenhou papel fundamental na consolidação do conhecimento existente e na definição dos eixos analíticos que orientam a presente discussão.

Diante disso, foi possível delinear um referencial teórico que articula o Efeito Golem e as crenças limitantes dentro de um quadro mais amplo de violência simbólica contra a mulher e expectativas de gênero, contribuindo para uma compreensão mais abrangente das dinâmicas de poder que operam em relações abusivas (Araújo, 2022; Reblin & Viana, 2020).

Quadro 1: Relação de dados dos trabalhos selecionados.

continua

Ano	Autor	Título	Objetivo
2002	Butler, J.	Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity.	Feminismo. Explorar a construção das identidades de gênero e subverter normas de gênero que perpetuam desigualdades.
2003	Rosenthal, R., & Jacobson, L.	Pygmalion in the Classroom: Teacher Expectation and Pupils' Intellectual Development.	Analisar o impacto das expectativas dos professores no desempenho acadêmico dos alunos.
2005	Connell, R.	Masculinities.	Investigar as diferentes formas de masculinidade e como elas se relacionam com o poder e as desigualdades de gênero.
2006	Dweck, C.	Mindset: The New Psychology of Success.	Explorar como as crenças sobre habilidades influenciam a forma como as pessoas enfrentam desafios e se desenvolvem.
2012	Jussim, L.	Social perception and social reality: Why accuracy dominates bias and self-fulfilling prophecy.	Analisar como as percepções sociais e expectativas afetam o comportamento e a construção da realidade social.
2015	Herman, J.	Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror.	Explorar os impactos psicológicos da violência e do abuso contínuo; como as vítimas internalizam a desvalorização; e como contribui para sua vulnerabilidade e submissão nas relações abusivas.

Quadro 1: Relação de dados dos trabalhos selecionados.

continua

Ano	Autor	Título	Objetivo
2015	Saffioti, H.	Gênero, patriarcado e violência.	Compreender e reforçar a relação estrutural entre patriarcado e violência.
2018	Hirigoyen, M. F.	Le Harcèlement Moral: La violence perverse au quotidien.	Estudar as dinâmicas da violência psicológica e suas implicações na saúde mental das vítimas.
2020	Reblin, I. A., & Viana, N. (Eds.)	Super-heróis, cultura e sociedade.	Analisar a influência dos super-heróis na construção de normas sociais e como essas representações moldam expectativas sociais.
2021	Rosenfeld, I.	Fragmentos de um homem de barro: o golem e o poder de criação da palavra.	Explorar a influência do discurso e das expectativas no comportamento humano, usando a metáfora do Golem.
2022	Araújo, L. B. N.	Das origens do patriarcado ao surgimento do movimento feminista.	Feminismo. Analisar o desenvolvimento do patriarcado e como o movimento feminista emergiu como resposta para quebrar estereótipos machistas.
2022	Pontes, M. M., Marques, N. S., & Abreu, P. S.	Análise funcional da norma técnica uniformizadora dos centros de referência da mulher.	Feminismo. Analisar as normas técnicas dos centros de referência da mulher para identificar práticas que favoreçam a proteção de vítimas.
2023	Bourdieu, P.	A dominação masculina – A condição feminina e a violência simbólica.	Analisar a dominação masculina e a violência simbólica contra as mulheres e compreender a origem do problema.

Fonte: Próprio autor (2025).

Discussão

Crenças limitantes como “mulheres são naturalmente mais emocionais e menos racionais”, são frequentemente utilizadas para justificar comportamentos abusivos e silenciar a vítima em contextos de violência de gênero. Esse tipo de crença, além de ser fundamentada em estereótipos, molda as interações de maneira a perpetuar papéis de submissão e inferioridade feminina. A violência psicológica, por exemplo, é um dos principais mecanismos por meio dos quais essas crenças se materializam. Ela se manifesta por meio de críticas constantes, comparações depreciativas e isolamento social - estratégias que reduzem gradualmente a autoestima e a capacidade de resistência da mulher. Dessa forma, a violência psicológica não é apenas um ataque ao estado emocional, mas uma estratégia para consolidar a crença de que a mulher é inerentemente fraca e incapaz de agir por conta própria (Machado, 2020).

As expectativas negativas sobre as mulheres, como crenças de incapacidade e de dependência, desempenham um papel fundamental na sustentação de comportamentos abusivos, tanto psicológicos quanto físicos, morais, sexuais e patrimoniais. Essas crenças não atuam de maneira isolada, ao contrário: são construídas e reiteradas ao longo do tempo por meio de interações sociais, normas culturais e representações simbólicas que moldam o comportamento esperado das mulheres dentro da sociedade (Bourdieu, 2023). Quando um agressor acredita que sua parceira é naturalmente passiva, submissa ou incapaz de tomar decisões por conta própria, ele tende a se comportar de maneira a validar essas percepções. Nesse contexto, o Efeito Golem — caracterizado pela influência das expectativas negativas no comportamento de um indivíduo — se manifesta como um mecanismo que orienta e intensifica as atitudes de controle e desvalorização por parte do abusador, enquanto simultaneamente contribui para a internalização desses rótulos pela vítima, bem como do comportamento respectivo (Rosenfeld, 2021).

O Efeito Golem se estabelece quando crenças negativas, como a suposta falta de competência ou a fragilidade emocional da mulher, são utilizadas pelo agressor para justificar comportamentos de controle e imposição. É frequentemente observado o uso de frases como “você não consegue fazer nada certo”, “você não faz nada sozinha” ou “sem mim, você estaria perdida”, que além de desvalorizarem a mulher também funcionam como profecias autorrealizáveis, fazendo com que ela comece a acreditar que, realmente, depende

do agressor para viver e tomar decisões, chancelando uma relação de submissão em relação ao homem. Essas expectativas negativas moldam a percepção que o agressor tem sobre o papel e o valor de sua parceira, levando-o a adotar comportamentos mais restritivos e dominadores, enquanto a mulher, por sua vez, absorve essas expectativas como verdades pessoais, reforçando um ciclo de dependência e de abusos (Rosenfeld, 2021).

Relativamente ao contexto de violência doméstica, a manipulação emocional se torna um mecanismo eficaz para reforçar essas expectativas negativas, resultando na contínua diminuição da autoestima e da autonomia da mulher. Assim, a violência psicológica, manifestada por críticas constantes, humilhação e isolamento social, dentre tantas outras formas, atua como uma agressão emocional e moral que devido à sua alta constância, mina a capacidade da vítima de reagir e resistir à opressão. Essa dinâmica é particularmente evidente em relacionamentos em que o agressor se utiliza do Efeito Golem para isolar a mulher de familiares e amigos, além de comunidades sociais como clubes, instituições religiosas, grupos de apoio e até mesmo dos órgãos de segurança, impedindo que ela tenha acesso a informações ou alternativas que poderiam ajudá-la a lidar com a situação.

A manipulação emocional se manifesta por meio de táticas como a culpabilização - “você estraga tudo porque é fraca” e a minimização dos sentimentos da vítima - “você é sensível demais”, “você chora por qualquer coisa”, isso cria um contexto em que a própria vítima passa a questionar a validade de suas reações e emoções, aceitando a visão do agressor como a única verdade (Reblin & Viana, 2020).

A manipulação emocional e o uso de violência simbólica são recursos adicionais utilizados para consolidar esse processo de submissão. A manipulação emocional envolve distorcer a realidade da vítima, fazendo-a acreditar que ela é a responsável pelos conflitos e pelo comportamento abusivo do parceiro. Isso pode ser exemplificado em situações nas quais o agressor diz coisas como: “você me força a agir assim” ou “se você fosse mais calma, eu não perderia o controle”. Tais afirmações afetam

negativamente a capacidade crítica da mulher e a fazem questionar suas próprias percepções, o que leva a um estado de confusão emocional que reforça ainda mais sua dependência em relação ao agressor. A violência simbólica, por sua vez, utiliza-se de representações culturais e sociais para legitimar a dominação masculina, transmitindo a ideia de que certos comportamentos de controle e desvalorização são normais e até mesmo esperados em relações entre homens e mulheres (Araújo, 2022; Bourdieu, 2023).

Para além dessa manipulação, o Efeito Golem costuma ser reforçado por interações simbólicas e culturais que desvalorizam o papel da mulher. Em sociedades nas quais a masculinidade é associada ao controle e à força, enquanto a feminilidade é associada à fragilidade e à submissão, assim as expectativas negativas sobre as mulheres são institucionalizadas e reforçadas por discursos sociais que legitimam a dominação masculina (Bourdieu, 2023). Nesse sentido, o agressor não precisa apenas impor diretamente essas expectativas à vítima, pois elas já estão implícitas nas normas e valores sociais que ambos internalizaram. Quando a violência de gênero é vista como uma “questão privada” ou como algo “natural” em certas culturas, as crenças limitantes que sustentam o Efeito Golem se tornam parte do tecido social, dificultando a resistência da vítima e a responsabilização do agressor (Rosenfeld, 2021).

O impacto do Efeito Golem em contextos de violência de gênero contra a mulher se manifesta, sobretudo, na forma como a vítima passa a se comportar e a ver a si mesma. À medida que as expectativas negativas se consolidam, a mulher tende a desenvolver o que Dweck (2006) chama de “mentalidade fixa” - a crença de que suas características e capacidades são imutáveis. Dessa forma, a vítima não apenas aceita o papel de inferioridade que lhe é imposto, como também deixa de buscar alternativas de crescimento pessoal ou de saída do relacionamento abusivo. Essa internalização das expectativas do agressor culmina em um estado de “conformidade imposta”, no qual a vítima acredita que qualquer tentativa de se libertar é inútil ou condenada ao fracasso desde o início (Dweck, 2006).

Nessa perspectiva, a violência simbólica, conforme descrita por Bourdieu (2023), contribui em muito para esse cenário maléfico. Ao utilizar símbolos e práticas culturais que desvalorizam a mulher — como linguagem depreciativa, piadas sexistas e representações midiáticas que reforçam estereótipos de gênero, o agressor reforça as crenças de inferioridade e dependência feminina. Assim, a violência simbólica atua como um meio invisível de controle que legitima a dominação masculina e dificulta a identificação da vítima como uma pessoa em situação de abuso, até por ela mesma.

A naturalização dessas crenças é tão forte que muitas mulheres em relações abusivas não se reconhecem como vítimas, pois acreditam que estão apenas cumprindo um papel esperado e socialmente aceitável para seu gênero (Bourdieu, 2023).

Nesse cenário, o Efeito Golem opera em contextos de violência de gênero de maneira complexa, utilizando-se de crenças limitantes e expectativas negativas para moldar a percepção e o comportamento de ambos - mulher que vivencia violência e homem autor de violência. A mulher, ao absorver essas expectativas como parte de sua identidade, acaba por adentrar em um ciclo de autossabotagem e passividade, ao passo que o agressor se sente legitimado em sua posição de controle e tem sua expectativa negativa atendida pelo comportamento da outra parte.

A desconstrução desse cenário passa pela conscientização de ambos os lados sobre como essas crenças são construídas e mantidas, e pela promoção de novas expectativas que valorizem a igualdade e a autonomia (Rosenfeld, 2021). O entendimento amplo e holístico de como o Efeito Golem se manifesta em contextos de violência contra a mulher é fundamental para se desenvolver estratégias de intervenção eficazes que abordem tanto o comportamento dos agressores quanto o empoderamento das mulheres, promovendo um ambiente em que as expectativas sociais não sejam mais um obstáculo à igualdade de gênero e à dignidade humana (Reblin & Viana, 2020).

Nesse contexto, as crenças limitantes influenciam em grande parte a manutenção da submissão feminina e a continuidade da violência contra a mulher. Além de justificarem

o comportamento abusivo do agressor, também impedem a vítima de enxergar sua situação como injusta ou abusiva.

Diante disso, para romper com esse ciclo, é necessário um processo de desconstrução dessas crenças por meio de ações educativas, apoio psicológico e fortalecimento das redes de apoio para mulheres em situação de violência. A conscientização sobre os direitos e o valor das mulheres é um passo essencial para empoderar vítimas a resistirem à violência e buscarem uma vida livre de abusos, ainda que simbólicos (Araújo, 2022).

Nesse sentido, é preciso direcionar grandes esforços visando ao fortalecimento e à superação das mulheres já vitimizadas, pois os traumas e suas respectivas curas podem demandar longos tratamentos. Segundo Herman (2015) o trauma psicológico é o resultado de uma experiência de impotência extrema frente a uma ameaça que compromete a integridade física, a identidade ou a vida do indivíduo. A violência traumática, segundo a autora, destrói o senso de controle da vítima sobre sua própria existência, desorganizando a percepção de si mesma e do mundo ao redor.

Esses traumas dividem-se em individuais, como o causado pelo abuso doméstico e sexual, enquanto os coletivos são decorrentes de tortura e repressão política, por exemplo. Em ambos os casos, os agressores utilizam mecanismos de controle e dominação que visam à destruição da autonomia e da identidade das vítimas, o que pode levar a profundas consequências psicológicas. Em decorrência disso se estabelece o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que se manifesta de maneira complexa em casos de traumas repetitivos, como aqueles vividos por vítimas de violência prolongada, gerando o “trauma complexo”, marcado por uma desorganização profunda da personalidade. Nesses casos há a necessidade de intervenções específicas e diferenciadas, posto que as vítimas sofrem não apenas com memórias intrusivas e flashbacks, mas também com questões de autoimagem e relacionamento interpessoal (Herman, 2015).

O processo de recuperação proposto por Herman (2015) segue um modelo tripartite. A primeira fase, segurança, consiste na estabilização

emocional e física da vítima, assegurando que ela esteja livre de novas ameaças. A segunda fase, rememoração e luto, envolve o enfrentamento e a verbalização das memórias traumáticas, de forma a integrar essas experiências no arcabouço narrativo da vida da vítima, permitindo a elaboração do luto por aquilo que foi perdido. A fase final, reconexão, foca na restauração do senso de poder pessoal, na construção de novos relacionamentos e na retomada da autonomia, promovendo a reintegração da vítima à vida social.

Conclusão

Este artigo apresentou uma análise delineada do Efeito Golem em contextos de violência de gênero contra a mulher, ressaltando como crenças limitantes e expectativas sociais negativas atuam para manter comportamentos abusivos e consolidar dinâmicas de poder assimétricas.

A revisão bibliográfica e a discussão dos principais conceitos demonstraram que as expectativas negativas associadas a papéis tradicionais de gênero reforçam a submissão e a passividade feminina, criando um ciclo de violência no qual a mulher é gradualmente condicionada a aceitar o abuso como parte natural de seu contexto social. Assim, a manipulação emocional, a violência simbólica e a internalização de crenças de inferioridade surgem como mecanismos centrais que sustentam a violência de gênero, dificultando, e até impedindo, a identificação da vítima como alguém em situação de abuso e limitando suas possibilidades de reagir àquela situação.

A compreensão do Efeito Golem em contextos de violência de gênero mostra-se essencial para a elaboração de estratégias de prevenção e intervenção, de forma multifacetada. Isso porque ao se identificar como as crenças limitantes e as expectativas negativas são usadas para justificar e materializar comportamentos abusivos, profissionais de saúde, da educação, da segurança pública, de assistência social e formuladores de políticas públicas podem desenvolver abordagens mais eficazes para intervir de forma definitiva nesse cenário.

A conscientização sobre esses mecanismos

e a promoção de uma visão crítica das normas de gênero são passos muito importantes para promover relações igualitárias e reduzir a incidência de violência contra a mulher. Por isso, intervenções baseadas na desconstrução de crenças limitantes e na promoção de empoderamento feminino ajudarão a fortalecer a autonomia das mulheres e a prevenir a perpetuação dessas dinâmicas prejudiciais. Sabemos que o processo é longo e difícil, e para tanto não se pode pensar em prazos de programas, as iniciativas devem ser imediatas.

Sugere-se que pesquisas futuras explorem o impacto de intervenções educacionais e terapêuticas focadas na desconstrução de crenças limitantes e na promoção de mentalidades de crescimento, sobretudo ao empoderamento feminino, não só para mulheres em situação de violência, mas para toda a sociedade, incluindo os autores de violência, desde os bancos escolares.

Abordagens que integrem a conscientização sobre a influência das expectativas sociais no comportamento podem contribuir para transformar a percepção das mulheres sobre nós mesmas, sobre nossos papéis, e para neutralizar a influência de normas machistas sobre nós. Além disso, políticas públicas devem priorizar a educação e a conscientização sobre os efeitos prejudiciais das expectativas negativas, sobretudo as aliadas à dominação masculina, especialmente em ambientes domésticos e profissionais, onde essas crenças são frequentemente reforçadas. Igualmente deve haver a criação de programas de apoio psicológico e social para mulheres em situação de vulnerabilidade e campanhas educativas que promovam a igualdade de gênero, além do fortalecimento de iniciativas que trabalhem com homens autores de violência visando promover reflexão, responsabilização e mudança de comportamento. Somente uma abordagem integrada poderá contribuir para a transformação das relações sociais e a construção de uma sociedade verdadeiramente harmônica e livre de violência.

Referências

- Araújo, L. (2022). *Das origens do patriarcado ao surgimento do movimento feminista: A conscientização da mulher e a quebra de estereótipos machistas*. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(3), 1863–1881. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i3.4779>
- Bourdieu, P. (2023). *A dominação masculina: A condição feminina e a violência simbólica*. Bertrand.
- Butler, J. (2002). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge. https://selforganizedseminar.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/07/butler-gender_trouble.pdf
- Connell, R. (2005). *Masculinities*. University of California Press.
- Dweck, C. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. Random House.
- Herman, J. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hirigoyen, M.-F. (2018). *Le harcèlement moral: La violence perverse au quotidien*. Pocket.
- Jussim, L. (2012). *Social perception and social reality: Why accuracy dominates bias and self-fulfilling prophecy*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195366600.001.0001>
- Machado, R. (2020). *O sagrado feminino: Poder que vem de dentro — despertar, cura e empoderamento de mulheres*. *Cadernos Internacional Feminismo e Agroecologia*, 15(3), 1–6. <https://cadernos.aba-agroecologia.org.br/cadernos/article/view/6381/2426>
- Pontes, M., Marques, N., & Abreu, P. (2022). *Análise funcional da norma técnica uniformizadora dos centros de referência da mulher*. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 30(2), 303–317. <https://www.redalyc.org/journal/2745/274571191006/274571191006.pdf>
- Reblin, I., & Viana, N. (Orgs.). (2020). *Super-heróis, cultura e sociedade*. Edições Redelp.
- Rosenfeld, I. (2021). *Fragmentos de um homem de barro: O Golem e o poder de criação da palavra* [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro]. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. https://www.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1912324_2021_completo.pdf
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (2003). *Pygmalion in the classroom: Teacher expectation and pupils' intellectual development*. Crown House Publishing. <https://gwern.net/doc/statistics/bias/1968-rosenthal-pygmalioninthe classroom.pdf>
- Saffioti, H. I. B. (2015). *Gênero, patriarcado e violência*. Fundação Perseu Abramo. https://fpabramo.org.br/editora/wp-content/uploads/sites/17/2021/10/genero_web.pdf