



Fronteiras e Confluências entre **Psicologia e Psicopatologia**

Perspectivas Contemporâneas sobre a Subjetividade

Ana Luiza Barcelos Ribeiro
Maria Isabel Rosa da Silva Arello
(Organizadoras)



AYA EDITORA
2026

Fronteiras e Confluências entre **Psicologia e Psicopatologia**

Perspectivas Contemporâneas sobre a Subjetividade

Ana Luiza Barcelos Ribeiro
Maria Isabel Rosa da Silva Arello
(Organizadoras)

Fronteiras e Confluências entre **Psicologia e Psicopatologia**

Perspectivas Contemporâneas sobre a Subjetividade



Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Organização

Prof.ª Dr.ª Ana Luiza Barcelos Ribeiro

Prof.ª Ma. Maria Isabel Rosa da Silva Arello

Revisão

Os Autores

Produção Editorial

AYA Editora©

Capa

AYA Editora©

Imagens de Capa

magnific.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva (UNIDAVI)

Prof.ª Dr.ª Adriana Almeida Lima (UEA)

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza (UCPEL)

Prof.º Dr. Alaerte Antonio Martelli Contini (UFGD)

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos (IFAP)

Prof.º Dr. Carlos Eduardo Ferreira Costa (UNITINS)

Prof.º Dr. Carlos López Noriega (USP)

Prof.ª Dr.ª Claudia Flores Rodrigues (PUCRS)

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria de Genaro Chiroli (UTFPR)

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota (IFPI)

Prof.ª Dr.ª Déa Nunes Fernandes (IFMA)

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis (UEMG)

Prof.º Dr. Denison Melo de Aguiar (UEA)

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos (UNIFAP)

Prof.º Dr. Gilberto Zammar (UTFPR)

Prof.º Dr. Gustavo de Souza Preussler (UFGD)

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota (IF Baiano)

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza (UFS)

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso (UNISC)

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão (UFPE)

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski (UTFPR)

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior (UFRR)

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra (IFCE)

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho (UFRPE)

Prof.ª Dr.ª Maralíce Cunha Verciano (CEDEUAM-Unisalento - Lecce - Itália)

Prof.ª Dr.ª Marcia Cristina Nery da Fonseca Rocha Medina (UEA)

Prof.ª Dr.ª Maria Gardênia Sousa Batista (UESPI)
Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes (UTFPR)
Prof.º Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda (UEPG)
Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes (UFRA)
Prof.º Dr. Raimundo Santos de Castro (IFMA)
Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani (UTFPR)
Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira (IFAC)
Prof.º Dr. Rômulo Damasclin Chaves dos Santos (ITA)
Prof.ª Dr.ª Sílvia Gaia (UTFPR)
Prof.ª Dr.ª Tânia do Carmo (UFPR)
Prof.º Dr. Ygor Felipe Távora da Silva (UEA)

Conselho Científico

Prof.º Me. Abraão Lucas Ferreira Guimarães
Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz (UniCesumar)
Prof.º Dr. Clécio Danilo Dias da Silva (UFRGS)
Prof.ª Ma. Denise Pereira (FASU)
Prof.º Dr. Diogo Luiz Cordeiro Rodrigues (UFPR)
Prof.º Me. Ednan Galvão Santos (IF Baiano)
Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig (UFPR)
Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva (HONPAR)
Prof.º Dr. Gilberto Sousa Silva (FAESF)
Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues (FASF)
Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti (UFPR)
Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim (FASF)
Prof.ª Dr.ª Lucimara Glap (FCSA)
Prof.ª Dr.ª Maria Auxiliadora de Souza Ruiz (UNIDA)
Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa (UniOPET)
Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch (FASF)
Prof.ª Dr.ª Rosângela de França Bail (CESCAGE)
Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens (FASF)
Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares (UFPI)
Prof.ª Dr.ª Sílvia Aparecida Medeiros Rodrigues (FASF)
Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda Santos (UTFPR)
Prof.ª Dr.ª Tássia Patrícia Silva do Nascimento (UEA)
Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues (IFSC)

© 2026 - **AYA Editora** - O conteúdo deste livro foi enviado pelo autor para publicação em acesso aberto, sob os termos da Licença Creative Commons 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). Esta obra, incluindo textos, imagens, análises e opiniões nela contidas, é resultado da criação intelectual exclusiva do autor, que assume total responsabilidade pelo conteúdo apresentado. As interpretações e posicionamentos expressos neste livro representam exclusivamente as opiniões do autor, não refletindo, necessariamente, a visão da editora, de seus conselhos editoriais ou de instituições citadas. A AYA Editora atuou de forma estritamente técnica, prestando serviços de diagramação, produção e registro, sem interferência editorial sobre o conteúdo. Esta publicação é fruto de pesquisa e reflexão acadêmica, elaborada com base em fontes históricas, dados públicos e liberdade de expressão intelectual garantida pela Constituição Federal (art. 5º, incisos IV, IX e XIV). Personagens históricos, autoridades, entidades e figuras públicas eventualmente mencionadas são citados com base em registros oficiais e noticiosos, sem intenção de ofensa, injúria ou difamação. Reforça-se que quaisquer dúvidas, críticas ou questionamentos decorrentes do conteúdo devem ser encaminhados exclusivamente ao autor da obra.

F9352 Fronteiras e confluências entre psicologia e psicopatologia: perspectivas contemporâneas sobre a subjetividade [recurso eletrônico]. / Ana Luiza Barcelos Ribeiro, Maria Isabel Rosa da Silva Arello (organizadoras) -- Ponta Grossa: Aya, 2026. 150 p.

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-978-3

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514

1. Psicologia clínica. 2. Psicopatologia. 3. Psicodiagnóstico. 4. Saúde mental. 5. Psiquiatria geriátrica. 6. Esquizofrenia. 7. Distúrbios de personalidade. I. Ribeiro, Ana Luiza Barcelos. II. Arello, Maria Isabel Rosa da Silva. III. Título

CDD: 616.89

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA
AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

WhatsApp: +55 42 99906-0630

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação..... XII

01

**O Brincar e a Construção da Vida Psíquica Infantil:
Uma Leitura a partir de Melanie Klein..... 1**

Janaína Gomes de Souza Almeida

Júlio César de Paula Ribeiro

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514.1

02

**Para Além da Desobediência: Impactos do Transtorno
Opositor desafiador 11**

Claudia Maria Olivera Vizula

Andresa Paixão e Silva

Érica Carla Soares Martins Gomes

Gezilane Zanon das Neves Corrêa

Rejane de Souza Silva Andrade

Thayna de Araújo Machado Oscar

Ana Luiza Barcelos Ribeiro

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514.2

03

Do Acontecimento de Corpo à Experiência Subjetiva:

Contribuições da Psicanálise para a Atuação do Psicólogo Hospitalar na UTI Neonatal24

Laura Ignácio da Silveira

Maria Isabel Rosa da Silva Arello

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514.3

04

Do Caos à Integração: Explorando o Transtorno de Personalidade Borderline sob a Lente da Fenomenologia Existencial e Gestalt Terapia.....35

Maria Clara Rodrigues da Silva

Livia Castanheira Marçal

Maria de Fátima da Silva Fernandes

Liliane Duarte Oliveira

Mariana Faria Lima

Naiara Andrade Biscáci

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514.4

05

O Espetáculo da Vida: A Influência do Transtorno de Personalidade Histriônica nas Relações Sociais e no Processo Terapêutico46

Mariana Faria Lima

Maria Clara Rodrigues da Silva

Livia Castanheira Marçal

Maria de Fátima da Silva Fernandes

Liliane Duarte Oliveira

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514.5

06

Sono em Depressão: A Influência da Insônia na Depressão e na Ideação Suicida - Uma Revisão Baseada em Evidências Clínicas57

Maria Clara Rodrigues da Silva

Livia Castanheira Marçal

Maria de Fátima da Silva Fernandes

Liliane Duarte Oliveira

Mariana Faria Lima

Naiara Andrade Biscácio

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514.6

07

Entre as Sombras da Mente e as Correntes da Sociedade: Esquizofrenia e o Sistema Manicomial...65

Rebeca Mota de Freitas França

Izabela Albino de Oliveira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514.7

08

Capital estético e a desumanização74

Ana Luiza Barcelos Ribeiro

Neyrielly de Fátima da Silva Barbosa

Virgínia Gomes Ferreira

Luma Faustino de Siqueira

Ester Do Nascimento Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514.8

09

Produzir o Cuidado, Reinventar o Sujeito: Caminhos Éticos em Saúde Mental84

Maria Andresa Navega
Letícia Ridolphi Zanon
Ana Alice Dias Sabóia Leopoldino
Carollyne Barreto Soares
Laura Gomes de Aguiar
Luiza Santos da Silva
Kamilla Silva Oliveira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514.9

10

Envelhecimento e Psicopatologia: Uma Leitura Psicanalítica do Sofrimento Psíquico na Cultura Contemporânea..... 95

Alda Maria Castro Seródio
Livia Ayummi Cocchiararo Fraga Bernardes
Laura Malaquias Peçanha
Nélia da Fonseca Pinto Ferreira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514.10

11

Envelhecimento, Declínio Cognitivo e Psicopatologia: Interfaces entre Alterações Neuropsíquicas e Funcionalidade..... 103

Nélia da Fonseca Pinto Ferreira
Luis Otavio Azevedo Barreto
Quezia Karla Assis de Oliveira
Jhulia Maria Gomes de Mello
Thaís Melo de Oliveira Ribeiro
Andréia Vargas Louvem

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514.11

12

A Velhice e o Enfrentamento dos Desafios Cotidianos: Práticas e Reflexões sobre Ansiedade e Finitude.... 121

Nélia da Fonseca Pinto Ferreira
Arthur Jacomini Boechat
Luis Otavio Azevedo Barreto

DOI: 10.47573/aya.5379.2.514.12

Organizadoras	131
Índice Remissivo	132

APRESENTAÇÃO

A presente obra reúne estudos voltados às interfaces entre Psicologia e Psicopatologia, tomando a subjetividade como eixo analítico em um momento histórico marcado por transformações sociais, redefinições institucionais e novas demandas em saúde mental. Ao aproximar diferentes campos teóricos e contextos de atuação, o volume oferece ao leitor um panorama consistente sobre modos contemporâneos de compreender o sofrimento psíquico, os processos de desenvolvimento humano e as práticas de cuidado.

Os capítulos percorrem temas diversos que dialogam entre si de maneira orgânica. A infância é abordada por meio das relações entre brincar, constituição psíquica e desenvolvimento emocional, bem como pelas discussões sobre comportamentos desafiadores e seus impactos familiares e escolares. Em seguida, emergem reflexões sobre o corpo, a experiência subjetiva e o trabalho clínico em contextos hospitalares, ao lado de análises sobre configurações diagnósticas relacionadas à personalidade, ao humor, ao sono e às formas de sofrimento produzidas nas relações sociais contemporâneas.

A contribuição acadêmica do livro reside na articulação entre fundamentos conceituais e questões presentes na prática profissional. Ao examinar fenômenos clínicos, institucionais e culturais, os textos ampliam a compreensão sobre diagnóstico, escuta psicológica, intervenções terapêuticas e políticas de atenção em saúde mental. Também favorecem leituras críticas acerca de processos de medicalização, exclusão social, estigmas e desafios éticos envolvidos no cuidado em diferentes etapas da vida.

Outro aspecto relevante está na pluralidade de abordagens mobilizadas. Psicanálise, fenomenologia existencial, Gestalt-terapia, referenciais cognitivos, discussões neuropsíquicas e perspectivas interdisciplinares comparecem de modo complementar. Essa diversidade metodológica e teórica permite ao leitor reconhecer a complexidade dos fenômenos psíquicos sem reduzi-los a explicações únicas, valorizando tanto a singularidade do sujeito quanto os determinantes históricos e sociais que atravessam sua experiência.

Destinado a pesquisadores, estudantes e profissionais, este volume tende a estimular novos estudos, práticas clínicas qualificadas e debates necessários sobre saúde mental na contemporaneidade. Trata-se de uma leitura oportuna para aqueles que buscam aprofundar a compreensão das confluências entre subjetividade, sofrimento psíquico e cuidado.

Boa leitura!



O Brincar e a Construção da Vida Psíquica Infantil: Uma Leitura a partir de Melanie Klein

Play and the Construction of Infant Psychic Life: A Reading from Melanie Klein

Janaína Gomes de Souza Almeida

Discente de Psicologia do Centro Universitário FAMESC (<https://lattes.cnpq.br/4679805076812739>)

Júlio César de Paula Ribeiro

Docente de Psicologia do Centro Universitário FAMESC (<http://lattes.cnpq.br/3853821561823564>).

Resumo: Este capítulo discute o papel do brincar na construção da vida psíquica infantil a partir da teoria de Melanie Klein, articulando essa perspectiva com contribuições da psicologia do desenvolvimento e com reflexões sobre a educação infantil. Defende-se que o brincar constitui uma linguagem privilegiada de expressão emocional, elaboração simbólica e formação da subjetividade, sendo também um eixo estruturante das práticas educativas voltadas à infância.

Palavras-chave: brincar; vida psíquica infantil; Melanie Klein; subjetividade; educação infantil.

Abstract: This chapter discusses the role of play in the construction of infant psychic life based on Melanie Klein's theory, articulating this perspective with contributions from developmental psychology and reflections on early childhood education. It argues that play constitutes a privileged language of emotional expression, symbolic elaboration and subjectivity formation, while also being a structuring axis of educational practices aimed at childhood.

Keywords: play; infant psychic life; Melanie Klein; subjectivity; early childhood education.

INTRODUÇÃO

O brincar ocupa um lugar central no desenvolvimento infantil e tem sido reconhecido por diferentes áreas do conhecimento como um elemento fundamental para a compreensão da infância. Psicologia, pedagogia e psicanálise convergem ao afirmar que as atividades lúdicas não se reduzem a momentos de entretenimento, mas constituem formas privilegiadas de expressão e organização da experiência infantil. Nesse sentido, autores como Jean Piaget (1975) compreendem o brincar como parte do processo de construção do conhecimento, enquanto Lev S. Vygotsky (2007) enfatiza sua função mediadora no desenvolvimento das funções psicológicas superiores, especialmente por meio da interação social.

A brincadeira permite que a infância se manifeste em sua singularidade, pois nela a criança experimenta, transforma, repete, imagina e simboliza aspectos de sua relação com o mundo. Além disso, estudos contemporâneos reforçam que o brincar se configura como uma linguagem própria da criança, por meio da qual ela comunica experiências internas e constrói significados sobre a realidade.

Desde os primeiros anos de vida, a criança utiliza o brincar como meio de explorar a realidade ao seu redor. Por meio das brincadeiras, ela experimenta papéis sociais, recria situações vividas e constrói narrativas que refletem suas percepções sobre as relações humanas. Nesse processo, o brincar permite que a criança atribua significado às experiências que vivencia e organize progressivamente sua compreensão da realidade. Não se trata apenas de reproduzir o cotidiano, mas de transformá-lo em uma linguagem própria, por meio da qual a criança reelabora o que sente, teme, deseja e imagina. Sob essa perspectiva, o brincar pode ser compreendido como um espaço de elaboração simbólica, conforme já indicado por Sigmund Freud, ao destacar que a criança, por meio da repetição lúdica, elabora experiências emocionais e conflitos internos (Freud, 1920). Tal compreensão é posteriormente aprofundada por Melanie Klein, que identifica na brincadeira uma forma privilegiada de acesso ao mundo psíquico infantil (Klein, 1997).

No contexto da educação infantil, o brincar assume papel estruturante no desenvolvimento da criança. As experiências lúdicas favorecem o desenvolvimento da linguagem, da imaginação, da criatividade e da capacidade de interação social. Ao mesmo tempo, permitem que a criança elabore sentimentos e experiências que ainda não consegue expressar plenamente por meio da linguagem verbal. A brincadeira, portanto, não deve ser compreendida como algo secundário em relação ao desenvolvimento, mas como uma via privilegiada de construção da vida psíquica e de formação da subjetividade. Diante dessa perspectiva, diferentes abordagens teóricas convergem ao reconhecer que o brincar articula dimensões cognitivas, sociais e emocionais, constituindo-se como elemento fundamental no desenvolvimento infantil, e não apenas como atividade recreativa.

A psicanálise ampliou significativamente a compreensão do significado psicológico do brincar. Entre as contribuições mais relevantes nesse campo destacam-se as reflexões de Melanie Klein, que compreendeu o brincar como uma forma de linguagem simbólica da vida psíquica infantil. Ao trabalhar clinicamente com crianças, Klein observou que, na ausência de um discurso verbal mais elaborado, a atividade lúdica se convertia em um recurso fundamental de expressão emocional. Nesse contexto, sua teoria dialoga diretamente com os fundamentos psicanalíticos freudianos, ao considerar que o brincar possibilita a simbolização de conteúdos inconscientes, permitindo à criança organizar suas experiências internas e dar sentido às suas vivências emocionais. Desse modo, brincar não significa apenas agir, mas comunicar, simbolizar e organizar experiências internas (Klein, 1997).

Do ponto de vista metodológico, o presente estudo fundamenta-se em uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo, baseada em autores clássicos e contemporâneos das áreas da psicologia do desenvolvimento, da psicanálise e da educação. Foram utilizados referenciais teóricos de Jean Piaget (1975), Lev S. Vygotsky (2007), Sigmund Freud (1996), Donald Winnicott (1995, 1982, 2005) e Melanie Klein (1997), bem como produções científicas recentes que discutem o papel do brincar no desenvolvimento infantil. A relevância do estudo justifica-se pela necessidade de compreender o brincar para além de uma perspectiva recreativa, reconhecendo-o como elemento estruturante da constituição psíquica, da elaboração emocional e das relações sociais na infância.

Este capítulo tem como objetivo discutir o papel do brincar na construção da vida psíquica infantil a partir da teoria de Melanie Klein (1997), articulando essa perspectiva com contribuições da psicologia do desenvolvimento e com reflexões sobre a educação infantil. Busca-se mostrar que o brincar participa da elaboração emocional, da formação da subjetividade e do amadurecimento psicológico, constituindo-se como dimensão essencial do desenvolvimento infantil e, por isso mesmo, como eixo importante para práticas educativas sensíveis à infância.

O BRINCAR NA PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

Antes mesmo das contribuições da psicanálise, autores da psicologia do desenvolvimento já destacavam a relevância do brincar na infância como atividade fundamental para o processo de desenvolvimento da criança. Nesse campo, Jean Piaget compreendeu o brincar como expressão do funcionamento intelectual ao longo dos diferentes estágios do desenvolvimento, evidenciando que as atividades lúdicas acompanham e revelam a forma como a criança organiza e interpreta a realidade.

Segundo Piaget (1975), o jogo simbólico ocupa um papel central nesse processo, pois constitui a assimilação predominante da realidade ao eu, permitindo que a criança transforme o real de acordo com suas necessidades internas, desejos e possibilidades cognitivas. A partir disso, o brincar não se limita à reprodução da realidade, mas envolve a reorganização ativa da experiência, permitindo que a criança atribua novos significados às suas vivências. Assim, um objeto pode deixar de ser apenas aquilo que é materialmente para tornar-se outra coisa: uma colher pode representar um avião, uma caixa pode se transformar em uma casa, e uma boneca pode simbolizar um bebê. Esse movimento evidencia o desenvolvimento da função simbólica, da imaginação e da inteligência.

Nessa mesma direção, Lev S. Vygotsky (2007) também destacou a importância do brincar no desenvolvimento infantil, porém enfatizando mais fortemente sua dimensão social e cultural. Para esse autor, as atividades lúdicas criam uma zona de desenvolvimento proximal na qual a criança pode desempenhar papéis e comportamentos que ainda não domina completamente em sua vida cotidiana (Vygotsky, 2007). Ao brincar, a criança se adianta ao seu nível de desenvolvimento atual e experimenta novas formas de agir e de pensar. Nessa perspectiva, o jogo não apenas expressa o desenvolvimento já alcançado, mas participa ativamente de sua construção.

Ao assumir papéis sociais nas brincadeiras - de mãe, professora, médico, vendedor ou cuidadora -, a criança aprende a lidar com regras, expectativas e formas de interação. O brincar, nesse sentido, favorece a internalização de normas culturais e o desenvolvimento de funções psicológicas superiores, como linguagem, planejamento, controle da ação e autorregulação. Não se trata de um exercício mecânico, mas de uma atividade criadora na qual a criança se apropria do mundo social por meio da imaginação. Nessa perspectiva, o brincar pode ser visto como

uma forma de mediação da experiência infantil, por meio da qual a criança organiza sentidos e produz significados sobre sua relação com o mundo (Lopes, 2008).

As contribuições de Piaget e Vygotsky demonstram que o brincar possui funções cognitivas e sociais fundamentais. No entanto, essas abordagens não esgotam a compreensão da experiência lúdica. É justamente nesse ponto que a psicanálise, especialmente por meio de Melanie Klein, amplia o debate ao evidenciar que as brincadeiras também expressam dimensões emocionais profundas da vida psíquica da criança. Assim, se Piaget ajuda a compreender o brincar em sua relação com o pensamento, e Vygotsky em sua relação com a cultura e a interação social, Klein permite compreender o brincar em sua ligação com o mundo interno, as fantasias inconscientes e a elaboração emocional.

O BRINCAR COMO LINGUAGEM PSÍQUICA EM MELANIE KLEIN

Melanie Klein (1997) foi uma das primeiras psicanalistas a desenvolver um método sistemático de análise infantil no qual o brincar ocupa lugar central. Ao trabalhar com crianças, a autora percebeu que elas não se expressam predominantemente por meio da linguagem verbal, como ocorre na análise de adultos. Em vez disso, a criança comunica seus pensamentos, fantasias e conflitos por meio de objetos, jogos e narrativas lúdicas. Foi a partir dessa constatação que Klein conferiu à atividade lúdica um valor clínico e teórico decisivo.

Para a autora, a brincadeira desempenha função semelhante à associação livre na análise de adultos. Klein observa que “a atividade lúdica da criança corresponde, em muitos aspectos, à associação livre do adulto na análise” (Klein, 1997, p.45). Essa afirmação é particularmente importante porque desloca o brincar do lugar de mera atividade espontânea para o estatuto de linguagem psíquica. Por meio do brincar, a criança representa simbolicamente sua experiência emocional e torna visíveis aspectos de sua dinâmica psíquica que, de outra forma, permaneceriam inacessíveis.

Nesse processo, objetos como bonecos, animais de brinquedo, casas, carrinhos, lápis e papéis deixam de ser apenas objetos concretos para assumir funções simbólicas. Nas mãos da criança, eles passam a representar figuras importantes de sua vida, expressando relações de amor, rivalidade, medo, dependência e agressividade. Assim, o brincar não se reduz à imitação do cotidiano, mas constitui forma de dramatização da vida psíquica, na qual se encenam conflitos internos e relações de objeto.

É nesse ponto que se articula o conceito de fantasias inconscientes, central na teoria kleiniana. Essas fantasias não correspondem à imaginação no sentido comum, mas a formas fundamentais de organização da experiência psíquica desde os primeiros momentos da vida. Elas expressam os modos pelos quais a criança interpreta, sente e dá sentido às suas vivências emocionais, estando diretamente relacionadas às suas relações primárias e às ansiedades iniciais.

Durante as brincadeiras, essas fantasias emergem por meio de histórias, personagens e cenários simbólicos. A criança pode representar conflitos internos por meio de narrativas que envolvem ataques, defesa, personificação, perda, separação ou reconciliação. Esses movimentos não são arbitrários, mas revelam a dinâmica psíquica subjacente, funcionando como expressão simbólica das vivências emocionais da criança.

Nesse sentido, o brincar configura-se também como espaço de elaboração emocional. Ao representar simbolicamente experiências intensas ou difíceis, a criança cria uma distância psíquica em relação ao vivido. Essa mediação simbólica permite organizar, transformar e suportar conteúdos que poderiam ser excessivamente angustiantes se permanecessem no plano do afeto bruto. O brincar, portanto, não elimina a angústia, mas oferece condições para que ela seja elaborada e integrada ao funcionamento psíquico da criança.

Klein (1997) destaca, ainda, a importância dos movimentos de reparação que aparecem nas brincadeiras. Após encenações de destruição, ataque ou conflito, é frequente que a criança introduza elementos de reconstrução, cuidado ou restauração. Esses movimentos indicam processos psíquicos de reorganização emocional, nos quais a criança busca reparar simbolicamente os danos imaginados aos seus objetos internos. Assim, o brincar não apenas expressa conteúdos psíquicos, mas participa ativamente de sua transformação.

Dessa forma, o brincar pode ser compreendido como um espaço simbólico no qual a criança transforma impulsos, temores e desejos em representações manejáveis. Esse processo contribui para o amadurecimento emocional, favorecendo o desenvolvimento da capacidade de lidar com afetos ambivalentes e com a complexidade das relações humanas.

Ao reconhecer o brincar como linguagem psíquica, Melanie Klein também amplia a forma como se compreende a escuta da criança. Escutar a infância não significa apenas ouvir o que ela diz, mas observar o que ela representa, constrói, destrói, repete e transforma em suas brincadeiras. Tal perspectiva tem implicações importantes tanto para a clínica quanto para os contextos educativos, pois convida o adulto a olhar para a atividade lúdica com maior sensibilidade e profundidade.

O BRINCAR E A CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE INFANTIL: MATURAÇÃO EMOCIONAL E DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO

Considerando o brincar como linguagem psíquica, conforme proposto por Melanie Klein (1997), torna-se possível avançar na compreensão de seus efeitos na constituição da subjetividade infantil. Ao engajar-se em atividades lúdicas, a criança ultrapassa a mera expressão dos conteúdos internos, construindo formas de se perceber, de compreender o outro e de organizar suas experiências no mundo.

Nesse processo, a criança produz sentidos sobre si mesma e sobre suas relações, elaborando vivências que contribuem para a constituição de sua

identidade. Ao assumir diferentes papéis, experimentar posições afetivas e transitar entre personagens e narrativas, ela amplia sua capacidade de significar o vivido e de construir modos próprios de existir e de se reconhecer enquanto sujeito.

Essa dinâmica favorece também o desenvolvimento da imaginação e da flexibilidade psíquica. Ao brincar, a criança não se limita à reprodução da realidade, mas recria situações, reorganiza experiências e explora possibilidades, o que contribui para a construção de uma experiência interna mais complexa e integrada.

Além disso, a atividade lúdica possibilita a ampliação da capacidade de se colocar no lugar do outro e, ao representar diferentes personagens e situações, a criança exercita a consideração de perspectivas distintas, o que contribui para o desenvolvimento da empatia e para a construção de vínculos sociais mais elaborados. Esses processos sustentam aprendizagens relacionadas à convivência, à cooperação e à negociação.

Outro aspecto fundamental refere-se à possibilidade de dar forma simbólica a experiências que, muitas vezes, não podem ser compreendidas ou verbalizadas diretamente. Situações de insegurança, ambivalência ou conflito encontram, no brincar, um meio de organização da psique. Ao serem representadas, tais experiências deixam de permanecer apenas como vivências difusas e passam a integrar um campo de elaboração possível.

Nessa mesma direção, a perspectiva de Winnicott (1983) contribui para a compreensão do brincar como elemento central na constituição do self. Para o autor, é no espaço potencial, situado entre a realidade interna e a realidade externa, que a criança pode brincar, experimentar e, progressivamente, constituir um sentido de continuidade de ser. Nesse espaço, o brincar não é apenas expressão, mas condição para o desenvolvimento de um self integrado, na medida em que possibilita experiência de criação, autenticidade e reconhecimento de si. Assim, ao brincar, a criança elabora conteúdos psíquicos e constrói, de forma singular, sua própria experiência de existir (Winnicott, 1983).

Nesse processo, o brincar favorece a organização das experiências internas, contribuindo para a construção de uma continuidade psíquica, na qual a criança passa a reconhecer suas vivências como pertencentes a si. Essa dinâmica possibilita a articulação entre diferentes estados emocionais, favorecendo a integração de experiências que, inicialmente, se apresentam de forma fragmentada. Ao longo desse percurso, a criança amplia sua capacidade de sustentar conteúdos intensos e atribuir-lhes sentido, consolidando formas mais estáveis de funcionamento psíquico.

Esse movimento contribui diretamente para o desenvolvimento da autorregulação. Ao brincar, a criança aprende a sustentar frustrações, lidar com limites, negociar regras e conviver com diferenças. Tais aprendizagens não são apenas comportamentais, mas envolvem a capacidade de suportar afetos disruptivos e integrar experiências emocionais complexas.

A maturação emocional, nesse contexto, está relacionada à possibilidade de transformar impulsos e estados afetivos em experiências simbolizadas e organizadas. O brincar opera, assim, como um espaço intermediário entre a vivência

emocional e sua elaboração psíquica, favorecendo a construção de recursos internos fundamentais para o desenvolvimento.

Do ponto de vista do desenvolvimento psíquico, isso implica reconhecer que o brincar pode expressar conteúdos internos, cooperando também para a formação de capacidades mais complexas. Ao longo desse processo, a criança não só revela o que sente, mas aprende a sentir de maneira progressivamente mais elaborada.

Nessa perspectiva, o brincar deve ser compreendido como experiência central na infância, na qual se articulam, de forma integrada, a constituição da subjetividade, a maturação emocional e o desenvolvimento psíquico. Trata-se de um espaço simbólico no qual a criança constrói, transforma e organiza sua própria experiência de ser no mundo.

Considerando que o brincar participa de forma decisiva do desenvolvimento psíquico infantil e da constituição de sua experiência, torna-se fundamental refletir sobre como essa atividade é compreendida e incorporada no contexto da educação infantil, especialmente no que se refere às práticas pedagógicas e às experiências propostas às crianças.

O BRINCAR NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO INFANTIL

No contexto da educação infantil, o brincar assume um papel que ultrapassa a dimensão espontânea da atividade lúdica, constituindo-se como eixo estruturante das práticas pedagógicas. Longe de ser compreendido como um momento secundário ou meramente recreativo, o brincar deve ser reconhecido como uma forma legítima de aprendizagem e desenvolvimento, na qual a criança participa ativamente da construção de conhecimentos e significados.

Nesse cenário, a instituição de educação infantil tem a responsabilidade de garantir condições para que o brincar aconteça de forma significativa, o que envolve a organização intencional dos espaços, dos tempos e dos materiais. Ambientes ricos em possibilidades lúdicas favorecem a exploração, a curiosidade e a iniciativa da criança, permitindo que ela estabeleça relações, formule hipóteses e produza sentidos a partir de suas experiências.

O papel do professor, nesse contexto, não se limita à observação passiva, mas envolve uma postura de mediação sensível e intencional. Cabe ao educador reconhecer as potencialidades presentes nas brincadeiras, acompanhar os processos vivenciados pelas crianças e intervir quando necessário, ampliando experiências, propondo desafios e favorecendo novas formas de interação. Trata-se de um equilíbrio entre garantir autonomia e oferecer suporte, respeitando o protagonismo infantil.

Além disso, o brincar favorece a construção de aprendizagens e articula diferentes dimensões do desenvolvimento. Ao participar de situações lúdicas, a criança mobiliza linguagem, pensamento, imaginação e interação social, construindo conhecimentos de forma integrada. Nesse sentido, o brincar contribui para o desenvolvimento de habilidades relacionadas à comunicação, à resolução de problemas, à cooperação e à convivência.

Essa compreensão é amplamente sustentada pelos documentos normativos da educação brasileira. A Base Nacional Comum Curricular (BNCC, 2017) reconhece o brincar como um dos direitos de aprendizagem e desenvolvimento na Educação Infantil, estabelecendo que as interações e as brincadeiras constituem os eixos estruturantes das práticas pedagógicas. Dessa forma, a brincadeira não é um recurso acessório, mas elemento central na organização das experiências educativas.

No âmbito legal mais amplo, a Constituição Federal de 1988, em seu art. 227, assegura à criança, com absoluta prioridade, o direito à educação, ao lazer, à dignidade e ao desenvolvimento integral, reforçando que o brincar deve ser compreendido como parte desses direitos fundamentais. Em consonância com esse princípio, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), em seu art. 16, também estabelece a garantia desse direito, reconhecendo a importância de experiências que promovam o desenvolvimento pleno da criança.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996), em seu art. 29, define que a educação infantil tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, o que inclui práticas pedagógicas que valorizem a ludicidade como forma de aprendizagem, equilibrando brincadeiras com ações direcionadas.

Completando esse entendimento, o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016) destaca a importância de assegurar condições para o desenvolvimento integral da criança nos primeiros anos de vida, incluindo o direito ao brincar, à convivência e à participação em experiências significativas que favoreçam seu desenvolvimento global.

No campo teórico, essa perspectiva também é sustentada por autores contemporâneos. Segundo Nascimento e Nascimento (2022), o brincar deve ser compreendido como prática essencial na educação infantil, pois contribui diretamente para o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança. Lopes (2008) reforça que a atividade lúdica constitui uma forma de expressão da subjetividade infantil, por meio da qual a criança organiza suas experiências e constrói sentidos sobre o mundo.

Dessa forma, o brincar deve ser reconhecido como elemento central das práticas pedagógicas na educação infantil, articulando fundamentos legais, teóricos e metodológicos que sustentam o desenvolvimento integral da criança e sua formação como sujeito no processo educativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Análise desenvolvida ao longo deste trabalho permitiu compreender o brincar como uma dimensão central da infância, ultrapassando sua compreensão tradicional como atividade espontânea ou meramente recreativa. A partir da perspectiva psicanalítica, especialmente das contribuições de Melanie Klein, evidenciou-se que o brincar constitui uma forma privilegiada de acesso à vida psíquica infantil, na

medida em que possibilita a expressão, a organização e a elaboração de conteúdos inconscientes.

Nesse percurso, foi possível reconhecer que o brincar participa ativamente da construção da subjetividade, favorecendo a construção de sentidos sobre si, sobre o outro e sobre o mundo. Ao longo das experiências lúdicas, a criança não apenas expressa vivências internas, mas constrói formas de se perceber, de se relacionar e de significar suas experiências, consolidando progressivamente um funcionamento psíquico mais integrado.

Além disso, destacou-se o papel do brincar no processo de maturação emocional e desenvolvimento psíquico, evidenciando sua função na transformação de experiências emocionais em conteúdos passíveis de elaboração. Nesse sentido, o brincar contribui para a construção de recursos internos fundamentais, possibilitando que a criança desenvolva maior capacidade de sustentar, organizar e integrar seus estados afetivos.

A articulação com outros referenciais teóricos permitiu ampliar essa compreensão, evidenciando que o brincar também se constitui como espaço de construção do self, de mediação entre realidade interna e externa e de internalização de experiências sociais e culturais. Tal perspectiva reforça o caráter complexo e multifacetado da atividade lúdica no desenvolvimento infantil.

No contexto da educação infantil, essa compreensão ganha ainda mais relevância, ao evidenciar a necessidade de reconhecer o brincar como eixo estruturante de práticas educativas. Ao garantir espaços, tempos e mediações adequadas, a instituição educativa contribui para que a criança possa explorar, criar, interagir e aprender de forma significativa, respeitando sua condição de sujeito ativo no processo de desenvolvimento.

Dessa forma, o brincar deve ser entendido não apenas como um direito da criança, mas como uma experiência fundamental para o desenvolvimento integral. Ao articular subjetividade, maturação emocional e construção de conhecimentos, a atividade lúdica se apresenta como um dos principais caminhos pelos quais a criança se constitui enquanto sujeito.

Assim, à luz das contribuições de Melanie Klein, reafirma-se que o brincar não é apenas uma manifestação da infância, mas um processo estruturante da vida psíquica, no qual a criança simboliza, organiza e transforma suas experiências, construindo, de maneira singular, sua própria forma de estar no mundo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília: MEC, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.** Marco Legal da Primeira Infância. Brasília, DF, 2016.

FREUD, Sigmund. **Além do princípio do prazer.** Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. **Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (O pequeno Hans).** Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLEIN, Melanie. **A psicanálise de crianças.** Rio de Janeiro: Imago, 1997.

KLEIN, Melanie. **Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963).** Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LOPES, Katlyn Regina. Psicanálise com crianças: quando o brincar é dizer. **Revista Vernáculo**, n. 14-16, 2008 p. 140-158.

NASCIMENTO, Kalrylene Leite do; NASCIMENTO, Francisleile Lima. **Psicologia infantil: a importância do brincar no desenvolvimento da criança.** Boletim de Conjuntura (BOCA), Boa Vista, v. 10, n. 30, 2022.

PIAGET, Jean. **A formação do símbolo na criança.** Rio de Janeiro: LTC, 1975.

VYGOTSKY, Lev S. **A formação social da mente.** São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WINNICOTT, Donald W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1995.

WINNICOTT, Donald W. **A criança e seu mundo.** Rio de Janeiro: LTC, 1982.

WINNICOTT, Donald W. **Tudo começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.



Para Além da Desobediência: Impactos do Transtorno Opositor desafiador

Beyond Disobedience: Impacts of Oppositional Defiant Disorder

Claudia Maria Olivera Vizula

Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário FAMESC (UniFAMESC).

Andresa Paixão e Silva

Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário FAMESC (UniFAMESC).

Érica Carla Soares Martins Gomes

Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário FAMESC (UniFAMESC).

Gezilane Zanon das Neves Corrêa

Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário FAMESC (UniFAMESC).

Rejane de Souza Silva Andrade

Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário FAMESC (UniFAMESC).

Thayna de Araújo Machado Oscar

Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário FAMESC (UniFAMESC).

Ana Luiza Barcelos Ribeiro

Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário FAMESC (UniFAMESC).

Resumo: A desobediência é um problema cada vez mais comum e que impacta diretamente no desenvolvimento infantil, principalmente quando é manifestada por comportamentos significativamente inadequados e agressivos, podendo estar ligada ao Transtorno Opositor Desafiador. O Transtorno Opositor Desafiador (TOD), também identificado como Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), é um quadro psicopatológico frequente na infância, caracterizado por comportamentos opositivos e desafiadores referentes a figuras de autoridade. O intuito deste estudo é aprofundar os conhecimentos sobre o transtorno e seus fatores de risco, analisar os impactos causados e algumas abordagens atualmente utilizadas para tratamento. Utilizou-se o método qualitativo e exploratório e a revisão e estudo de documentos selecionados e originados dos banco de dados da PubMed, Scielo, LILACS, APA Psycnet e Google Scholar. O entendimento aprofundado sobre os fatores de risco, as manifestações clínicas e os impactos podem auxiliar na identificação e manejo precoce e eficaz, com práticas terapêuticas direcionadas e até mesmo planos de intervenção mais eficazes. Ao identificar as lacunas do conhecimento científico é possível promover avanços no campo e promover melhorias da qualidade de vida das pessoas afetadas pelo Transtorno Opositor Desafiador.

Palavras-chave: Transtorno Opositor Desafiador; consequências; fatores de risco; comportamentos.

Abstract: Disobedience is an increasingly common problem that directly impacts child development, especially when it is manifested by significantly inappropriate and aggressive behaviors, and may be linked to Oppositional Defiant Disorder. Oppositional Defiant Disorder (ODD), also known as Oppositional Defiant Disorder (ODD), is a common psychopathological condition in childhood, characterized by oppositional and defiant behaviors toward authority figures. The aim of this study is to deepen knowledge about the disorder and its risk factors,

analyze the impacts caused and some approaches currently used for treatment. The qualitative and exploratory method was used, as well as the review and study of selected documents originating from the PubMed, Scielo, LILACS, APA Psycnet and Google Scholar databases. An in-depth understanding of the risk factors, clinical manifestations and impacts can help in early and effective identification and management, with targeted therapeutic practices and even more effective intervention plans. By identifying gaps in scientific knowledge, it is possible to advance in the field and promote improvements in the quality of life of people affected by Oppositional Defiant Disorder.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder; consequences and risk factors of ODD; behaviors and ODD.

INTRODUÇÃO

A desobediência é uma problema cada vez mais comum e que impacta diretamente no desenvolvimento infantil. Ela pode estar associada a alguns fatores como a falta de estrutura familiar e de regras bem estabelecidas, contudo, quando a desobediência vem atrelada a manifestações de comportamentos significativamente inadequados e agressivos, pode indicar um quadro de Transtorno Opositor Desafiador.

O transtorno Opositor Desafiador (TOD), também chamado de Transtorno Desafiador Opositivo (TDO), representa um quadro psiquiátrico descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM-5 - TR) no Capítulo “Disruptivo, Controle de Impulso e Conduta Distúrbio”, caracterizado como acessos de raiva e variação de humor, argumentos verbais desafiadores a figuras de autoridade e comportamento hostil; e evidenciado por pelo menos quatro dos oito sintomas descritos nas categorias do critério diagnóstico.

As pessoas portadoras de transtorno opositor desafiador têm dificuldades de aceitar regras e facilmente perdem o controle quando contrariados, além disso não aceitam ser responsabilizadas por sua má conduta e discutem abertamente com representações de autoridade.

A taxa de prevalência do transtorno opositor desafiador pode variar dependendo do sexo e idade da criança e aparenta ser mais predominante no sexo masculino. O transtorno possui uma estimativa de 3,3% de prevalência média de uma preponderância transnacional de 1% a 11%. Alguns fatores de risco identificados foram: contexto familiar desestruturado, predisposição genética, exposição à negligência ou violência e antecedência de transtornos mentais à família (Corrêa *et al.*, 2023).

Apesar de uma relevância clínica, foram encontrados poucos estudos voltados somente ao transtorno opositor desafiador quando comparados a pesquisas associativas com os transtornos de conduta e do déficit de atenção com hiperatividade, fazendo-se então necessária uma melhor compreensão desse transtorno independente de tais associações, buscando assim entender e determinar as interações familiares, o funcionamento social e a comorbidade psiquiátrica de forma isolada. Propõe-se então analisar a construção de saberes sobre o transtorno, bem

como os fatores de risco, as consequências associadas e o melhor entendimento sobre as estratégias de intervenção que propõe amenizar a problemática do transtorno e a prevenção de uma evolução patológica que comprometa e agrave ainda mais a condição do portador.

METODOLOGIA

O presente estudo tem por objetivo, a partir de uma revisão bibliográfica, discriminar o que é transtorno opositor desafiador, identificando suas consequências e como afeta a vida do indivíduo.

A abordagem do tema foi realizada de forma qualitativa e exploratória. A seleção dos materiais para a confecção deste estudo baseou-se em artigos, revistas científicas e livros. Após análise da base de dados teóricos e separação dos materiais a serem utilizados, foram desconsiderados aqueles que não supriam com o objetivo ou que associavam o TOD a outros transtornos sem dar a devida relevância e independência. As pesquisas foram realizadas nas plataformas de bancos de dados virtuais da PubMed, Scielo, LILACS, APA Psycnet e Google Scholar, viabilizadas por descrições como “Transtorno Opositor Desafiador”, “consequências e fatores de risco do TOD”, “comportamentos e o TOD”.

DESENVOLVIMENTO

O transtorno opositor desafiador é um transtorno neuropsíquico caracterizado por comportamentos persistentes de desobediência, desafio e hostilidade, especialmente direcionados a figuras de autoridade; se referindo à apresentação de atitudes que fazem mal não somente para o portador em si, assim como para todos que fazem parte da comunidade com a qual convive.

Os sintomas do transtorno de oposição desafiante se manifestam mais comumente entre os 6 a 12 anos de idade, a frequência e intensidade são o que o distingue como um quadro neuropatológico. O DSM-5-TR o evidencia por pelo menos quatro sintomas das seguintes categorias:

Humor raivoso/irritável

1. Frequentemente perde a paciência.
2. É frequentemente sensível ou facilmente irritado.
3. Muitas vezes está zangado e ressentido.

Comportamento Argumentativo/Desafiador

4. Frequentemente discute com figuras de autoridade ou, para crianças e adolescentes, com adultos.
5. Frequentemente desafia ativamente ou se recusa a atender as solicitações de figuras de autoridade ou com regras.
6. Frequentemente incomoda deliberadamente os outros.

7. Muitas vezes culpa os outros por seus erros ou mau comportamento.

Vingança

8. Foi rancoroso ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos 6 meses.

Na Classificação Internacional de Doenças (CID – 11), o TOD está inserido na subdivisão dos Transtornos de Comportamento Disruptivo ou Dissocial e classificado pelo código 6C90. A classificação os descreve como transtorno de padrão persistente (6 meses ou mais), desafiador, desobediente e rancoroso, sendo observado frequentemente em indivíduos de nível e idade comparáveis e que não está restrito à interação com irmãos. Em complemento, as manifestações são descritas neste sistema da seguinte forma:

O transtorno de oposição desafiante pode se manifestar em humor predominante e persistentemente raivoso ou irritável, frequentemente acompanhado de explosões de raiva grave ou em comportamento teimoso, argumentativo e desafiador. O padrão de comportamento é grave o suficiente para resultar em prejuízo significativo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional e em outras áreas importantes (CID-11, 2022).

Paulo e Rondina (2010) descrevem algumas das principais características mais comuns do transtorno e que são muito propícias a perturbar a socialização da pessoa afetada. Os estudiosos citam: forte descontrole emocional, comportamento rancoroso e vingativo, hostilidade, falta de paciência, perturbação e implicância com os outros, recusa a obedecer às normas, irritabilidade, atitudes agressivas, impulsividade, teimosia constante, ansiedade, raiva, dificuldade de lidar com as frustrações, choro e gritos frequentes. Estes comportamentos, em geral, são direcionados a pessoas que representam autoridade, contudo podem ser também disseminados por todo o círculo associativo do indivíduo (Viana; Martins, 2022).

Os primeiros sintomas do transtorno opositor desafiador aparecem geralmente na infância e podem preceder o desenvolvimento de outros transtornos como o de conduta, de ansiedade e depressivo maior. Os riscos para o desenvolvimento do transtorno de conduta são conduzidos pelos sintomas de desafio, vingança e de argumentos, enquanto os sintomas de humor irritável conduzem os riscos ao desenvolvimento de transtornos de humor e ansiedade. Esse fato sustenta a necessidade de evitar problemas graves e posteriores, caso as patologias da infância não sejam identificadas e tratadas no momento e da forma correta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores de Risco no Desenvolvimento do TOD

Existem alguns fatores que contribuem para a formação do indivíduo, podemos citar a herança genética e o ambiente como elementos básicos para a

formação. Cientificamente, há comprovada influência do ambiente nos primeiros anos de vida, a contribuição de Velasques e Ribeiro (2014) diz que:

Crianças nascidas em lares saudáveis e recebendo estímulos afetivos, sensoriais e limites começam a fazer mais conexões neurais que as tornam saudáveis e confiantes durante a vida. Elas terão mais equilíbrio emocional, maior capacidade de aprendizado e de resolução dos conflitos do dia a dia.

Estudos descritos por Greene *et al.* (2002) afirmam a existência de uma relação entre o transtorno, sofrimento e mau funcionamento familiar, até mais do que avaliações psiquiátricas. Apontamentos realizados nas contribuições de Corrêa *et al.* (2023) descrevem um maior desencadeamento da patologia nas famílias de contexto econômico prejudicado, que vivem em situação de violência e criminalidade. Neste sentido, diz-se sobre a capacidade do ambiente de também influenciar no desenvolvimento do transtorno:

Experiências traumáticas, como abuso físico, sexual ou emocional, negligência, exposição a violência doméstica ou comunitária, possuem o potencial para aumentar o risco de comportamento desafiante e disfunções na regulação emocional. Tais experiências traumáticas têm a capacidade de exercer um impacto adverso no desenvolvimento cognitivo, emocional e social, contribuindo assim para a manifestação do transtorno. Crianças privadas de orientação apropriada quanto à regulação emocional e ao controle de impulsos por parte de seus responsáveis podem encontrar dificuldades no desenvolvimento de competências socioemocionais saudáveis (Corrêa *et al.*, 2023).

Nesse contexto, como afirma Teixeira (2014) a origem do transtorno opositor desafiador é complexa e multifatorial, com a possível agregação de fatores biológicos, genéticos, emocionais e ambientais. Uma combinação de riscos e elementos procedentes da constelação biopsicossocial de um indivíduo e que representa um desafio significativo no campo da saúde mental infantil:

As causas do transtorno desafiador opositivo são complexas e multifatoriais. Os estudos científicos evidenciam que múltiplos fatores de risco estão relacionados ao surgimento do transtorno. Esses fatores são eventos, características ou processos que aumentam as chances do desencadeamento do problema comportamental, e seu desenvolvimento está provavelmente relacionado com uma quantidade de fatores de risco presentes na criança. Todos esses possíveis fatores estão relacionados com questões sociais, psicológicas e biológicas, sendo suas interações responsáveis pelo surgimento, desenvolvimento e curso clínico da condição (Teixeira, 2014, p.31).

Mckinney e Stearns (2021) sugerem, em seus estudos sobre os fatores influenciadores do transtorno, uma relação com o desenvolvimento do Transtorno

Opositor Desafiador em crianças e fatores psicopatológicos dos familiares, como depressão e ansiedade, tendem a ter uma postura disciplinar mais rígida e agressiva, promovendo uma maior probabilidade de desenvolvimento do transtorno opositor desafiador e outras comorbidades que podem perpetuar até a fase adulta. Além disso, a percepção parental equivocada da problemática, pode até mesmo exacerbar os comportamentos oposicionistas. As crianças que apresentam transtorno opositor desafiador são mais propensas a receber castigos físicos e punições mais severas como métodos disciplinares e de correção para as atitudes de desobediência e agressividade, contudo o quadro sugere que essas estratégias podem intensificar o problema (Rocha *et al.*, 2024).

Teixeira (2014) cita que questões sociais relacionadas a situações de vulnerabilidade podem favorecer o despertar da condição comportamental do desenvolver do transtorno, além de reforçar a influência da falta de estrutura familiar e de imposição de regras e limites pouco claros, traz a luz a moradia e vivência em áreas de grande criminalidade como outro fator de risco.

Deve-se analisar, de igual modo, as condições neurobiológicas e neuroquímicas, visto que alterações no córtex pré-frontal, região onde ocorre o controle das emoções e da impulsividade, e no funcionamento dos neurotransmissores da serotonina, dopamina, e noradrenalina, desequilíbrios nos níveis de testosterona e cortisol estão presentes em pesquisas relacionadas ao transtorno (Herpers *et al.*, 2019; Bakker-Huvenaarsa *et al.*, 2020). O transtorno também está diretamente ligado às variações de atividade/intensidade da amígdala e nas conexões deficientes em áreas cerebrais responsáveis pela autorregulação emocional como cognitiva (Pacheco; Badaró, 2021).

Fatores genéticos também exercem um papel relevante na psicopatologia. A polimorfia de genes responsáveis pelo ajustamento do metabolismo dos neurotransmissores foi associada ao desenvolvimento do transtorno, da mesma forma que histórico familiar de transtornos psiquiátricos representa uma base genética que pode predispor o desenvolvimento do TOD em descendentes. Os diferentes graus de severidade do transtorno podem ser modulados pela expressão clínica resultante da interação entre os fatores de risco ambientais e a predisposição genética (Fucà *et al.*, 2023).

Impactos e Consequências do TOD

O Transtorno Opositor Desafiador é identificado por suas consideráveis influências no processo de desenvolvimento infantil quanto na adolescência e que afeta diversos aspectos da vida e em diversos cenários (Utzig; Balk, 2023).

As relações afetivas tendem a ficar comprometidas, pois o comportamento desajustado e enraivecido pode resultar em exclusão e isolamento, visto que o sujeito não consegue manter laços duradouros.

No ambiente familiar, os conflitos domésticos, exacerbados por uma teimosia e desobediência constantes, são frequentes. Os impactos na vida social e nos relacionamentos são evidenciados devido aos comportamentos de isolamento e/ou

que desagradam amigos e figuras de autoridades (Bezerra *et al.*, 2024; Sgarretta-Cardoso, Alencar, Yaegashi, 2022). A contribuição trazida por Baião, Herênio e Carvalho (2022) traz a relevância das práticas parentais após diagnóstico do Transtorno Opositor Desafiador:

(...) desenvolvimento do TOD provavelmente mostra-se ligado às práticas parentais, ou seja, na relação entre práticas parentais e o desenvolvimento de alguns transtornos na infância, podendo, assim, perceber a necessidade das famílias em obterem maiores informações sobre o TOD e adequar-se ao posicionamento necessário após o diagnóstico. Tal importância deve-se ao fato de que a forma correta de agir em relação aos filhos poderá atingir o objetivo na socialização, na aprendizagem e desenvolvimento humano do indivíduo... o comportamento negativista apresentado pela criança com o TOD em relação aos pais e aos professores poderá ser entendido como um aspecto diferenciado. Em muitos momentos, os pais não sabem como lidar com o comportamento desafiador, com a desobediência recorrente dos filhos, chegando a ter uma atitude agressiva, ou mesmo, isolando-se de forma passiva, ou seja, estratégias não resolutivas (Baião, Herênio; Carvalho, 2022).

No campo intelectual, é habitual observar dificuldades acadêmicas como: problemas de concentração, impulsividade e inclinação para o desafio das regras preestabelecidas. Essas manifestações tendem a resultar em um desempenho escolar comprometido e abaixo do esperado (Utzig *et al.*, 2022). Além disso, os possíveis confrontos com professores e equipe escolar pode disseminar um clima hostil e um ambiente de aprendizagem que prejudica a si mesmo como aos outros (Dos Santos; Da Silva; De Alencar; 2021; Mendes, 2022).

Paulus *et al.* (2021) refere-se ao transtorno como uma dificuldade de crianças diagnosticadas de regular as emoções, ou seja, se sentem amedrontadas, frustradas, não conseguindo externalizar seus sentimentos e executar ações de forma adequada, respondendo de forma reativa ou até mesmo auto lesiva.

As problematizações ocasionadas pelo transtorno são observáveis tanto a curto como a longo prazo. No curto prazo, crianças acabam enfrentando punições disciplinares que podem promover ainda mais o sofrimento, acentuar a hostilidade e abalar a autoestima. O transtorno na infância, a longo prazo, está associado à crescente probabilidade de desenvolvimento de outros transtornos mentais, como depressão e transtorno de conduta em adolescentes e adultos, e de envolvimento com a ilegalidade, incluindo a delinquência e associação ao crime (Jesus *et al.*, 2022). Baião, Hêrenio e Carvalho (2022) alertam ainda sobre as possíveis dificuldades no ambiente profissional e os impactos que podem afetar a trajetória laboral e oportunidades de trabalho.

Os impactos sociais relacionados ao transtorno opositor desafiador são bem complexos, evidenciado pelo isolamento social em que o portador do transtorno pode se deparar devido a seus comportamentos de desafio e oposição. Como

consequência tem-se as relações conflituosas com familiares, amigos e autoridades, contribuindo para um ambiente familiar estressante e com convívio harmonioso dificultado por persistente teimosia e desobediência por parte do indivíduo afetado (Bezerra *et al.*, 2024; De Barros Bandeira; Martins, 2021).

Estudos realizados por Oliveira e Costa (2021) apontam que comportamentos antissociais na infância podem ser amostras do que pode vir a acontecer no futuro. Se não houver o tratamento adequado, somado às condições ambientais, existe uma relevante predisposição de o portador se tornar um adulto em conflito com a lei. Fato exposto corrobora o resultado obtido por uma importante pesquisa realizada por Andrade *et al.*, (2011), a qual demonstra uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos em adolescentes infratores na cidade do Rio de Janeiro, enfatizando assim uma realidade brasileira. Os resultados por perfis das amostras demonstraram a prevalência de 50% de Transtorno Opositor Desafiador em meninas com medidas socioeducativas com privação de liberdade. Em comparação aos gêneros, a prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens que cometeram delitos violentos, o TOD obteve um resultado de 81% de prevalência no sexo feminino e 33% no sexo masculino. Tal circunstância revela dados alarmantes e contribui para a associação da vulnerabilidade provocada pelo transtorno e a atitudes de atos delinquentes e ilegais.

Diagnóstico e Possíveis Intervenções no Tratamento do TOD

De acordo com Utzig e Balk (2023), quando não se recebe o diagnóstico e o tratamento adequado, existe a probabilidade de 75% dos casos evoluírem para o Transtorno de Conduta e aproximadamente 10% podem evoluir para o Transtorno de Personalidade Antissocial. Dessa forma, caso não haja intervenções eficazes o paciente poderá ter prejuízos significativos tanto na vida acadêmica quanto na social.

O diagnóstico necessita de uma avaliação criteriosa por profissionais da saúde mental, sendo estabelecido quando os sintomas se fazem presentes por pelo menos seis meses trazendo prejuízos significativos ao portador.

É importante frisar que os sintomas do transtorno opositor desafiador se diferenciam dos comportamentos típicos da infância e adolescência por sua persistência, intensidade e desproporcionalidade, tendendo a se manifestar de forma consistente ao longo do tempo e em diferentes situações. Um aspecto clínico significativo é a atitude vingativa ou de retaliação, que se traduz em comportamentos provocativos e maliciosos. As ações deliberadas podem ter o intuito de irritar ou provocar as pessoas, ao mesmo tempo em que se manifesta pouco remorso ou lamentação (Lowet *et al.*, 2022).

Ao tratar do ambiente escolar, que se refere também a um elemento indispensável à formação do sujeito, nela se desenvolve o potencial de aprendizagem intelectual e das relações sociais. Numa parcela bem significativa, é por meio da equipe escolar que são percebidas as primeiras alterações comportamentais que quando mais precocemente identificadas, maiores as chances de restabelecer o equilíbrio.

Conforme as pesquisas realizadas por Chalfon (2019) e Viana *et al.* (2024), a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) se mostra uma abordagem mais amplamente utilizada e que sustenta uma diversificada série de intervenções voltadas à redução dos sintomas e taxas de recorrência de vários transtornos psiquiátricos. Ao tratar do transtorno em foco, a TCC auxilia no controle da agressividade, no equilíbrio das emoções, na melhoria das competências sociais e na habilidade de resolução dos problemas. Contudo, exige métodos heterogêneos alinhados à estruturada remodelação de contingências. Por meio de técnicas como treinamento de habilidades sociais, reestruturação cognitiva e o reforço positivo, a TCC pode ampliar as possibilidades de respostas mais adaptativas, reduzir a reatividade emocional e promover comportamentos mais adequados para as situações desafiadoras (Lin *et al.*, 2022).

Segundo Viana *et al.* (2024) um programa de treinamento aos pais que visa propagar educação aos pais, denominado Parent Management Training (PMT), representa outro método central no tratamento do TOD. O PMT utiliza técnicas de manejo comportamental e de disciplinas e limites claros e consistentes, o qual capacita os pais a modificarem o ambiente familiar, melhorar a comunicação e amenizar os padrões repressivos da convivência familiar.

Elaborar um conceito específico e objetivo para o Transtorno Opositor Desafiador devido à complexidade que o circunda. As literaturas trazem uma gama de informações sobre as possibilidades de fatores que podem gerar o desenvolvimento, assim como um vasto cenário de possíveis consequências, podendo se estender para o longo prazo.

É possível observar com os resultados obtidos, que o fator ambiental tem uma predominante relevância na predisposição ao TOD, fazendo então necessárias intervenções não apenas com o portador dos sintomas resultantes do transtorno, como também modificações adequadas no contexto social e relacional a qual o indivíduo está inserido.

A etiologia do transtorno opositor desafiador sugere que o diagnóstico precisa ser precoce para que o tratamento direcionado elaborado tenha maior chance de eficácia. Assim sendo, os estudos promovem o aprofundamento de conhecimentos e identificação e preenchimento das lacunas no conhecimento científico. Dessa forma, é possível promover avanços no campo e nas abordagens terapêuticas que promovam melhoria de vida das pessoas afetadas pelo transtorno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto, o Transtorno Opositor Desafiador se traduz em uma questão complexa que exige atenção, diagnóstico e estratégias adequadas. Sua relevante influência no desenvolvimento cognitivo, social e emocional, tanto dos portadores quanto para as pessoas mais diretamente relacionadas, demonstra a importância de efetivar intervenções eficazes e precoces. O entendimento aprofundado do transtorno, de suas manifestações clínicas e fatores de risco, e seu impacto na

vida do indivíduo, é essencial para guiar as manobras terapêuticas e planos de prevenção mais direcionados e eficientes.

No que tange às contribuições trazidas pelas literaturas, as quais mostram que quadros não adequadamente tratados podem evoluir para contextos bem assustadores, como a evolução patológica para quadros de transtorno ainda mais graves e que possam resultar em cenários mais complexos e danosos como o comportamento delinquente e atos criminosos, faz-se necessário uma atenção para o planejamento de políticas públicas de saúde, tanto para a prevenção quanto para o tratamento, a fim de amenizar o sofrimento do portador, o ciclo de atividades antissociais, o aumento da violência e conflitos, e prevenir custos e perdas futuras geradas pelos atos de delinquência e criminalidade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R. C. D. *et al.* **Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2179–2188, abr. 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR.** 5. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.
- BAIÃO, A. B. R.; HERÊNIO, A. C. B.; CARVALHO, A. L. A. **Transtorno opositor desafiador e o contexto familiar: uma revisão bibliográfica.** *Psicologias em Movimento*, v. 2, n. 2, p. 19–32, 2022.
- BAKKER-HUVENAARS, M. J. *et al.* **Saliva oxytocin, cortisol, and testosterone levels in adolescent boys with autism spectrum disorder, oppositional defiant disorder/conduct disorder and typically developing individuals.** *European Neuropsychopharmacology*, v. 30, p. 87–101, 2020.
- BEZERRA, A. R. da S. *et al.* **Transtorno opositor desafiador (TOD) no contexto escolar: uma revisão da literatura.** *Revista Educação e Humanidades*, v. 5, n. 1, p. 59–80, 2024.
- CAPONI, S. N. **Security devices, psychiatry and crime prevention: the TOD and the notion of a dangerous child.** *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 2, p. 298–310, 2018.
- CARREGOSA RIBEIRO, K. M. *et al.* **Transtorno opositor desafiador: impactos no desenvolvimento infantil.** *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 5, p. 900–907, 2024.
- CHALFON, M. S. T. **A utilização da terapia de sandplay em crianças com transtorno de oposição desafiante e transtorno de conduta.** 2020.

CORRÊA, A. L. G. P. *et al.* **Transtorno oppositor desafiador: uma revisão de literatura.** *Enfermagem Brasil*, v. 22, n. 6, p. 1234–1243, 2024.

CORRÊA, L. *et al.* Prevalência e fatores de risco do transtorno oppositor desafiador. **Jornal de Psiquiatria Clínica**, v. 50, n. 2, p. 123–136, 2023.

DE BARROS BANDEIRA, J.; MARTINS, T. C. **A psicopedagogia no atendimento de crianças com transtorno oppositor desafiador.** *Caderno Intersaberes*, v. 10, n. 29, p. 163–179, 2021.

DOS SANTOS, B. T. do A.; DA SILVA, J. C. de F.; DE ALENCAR, G. P. Desafios e práticas inclusivas ao aluno com transtorno oppositor desafiador na educação física escolar. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 22, n. 3, p. 433–439, 2021.

DOS SANTOS, M. P.; DA SILVA, R. L.; DE ALENCAR, L. C. **Abordagens terapêuticas no tratamento do transtorno oppositor desafiador.** *Psicologia & Sociedade*, v. 34, n. 3, p. 198–212, 2021.

ELIANA FRANCISCA VIANA *et al.* Transtorno oppositor desafiador: perspectivas frente aos métodos terapêuticos atuais. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 9, p. 3519–3532, 2024.

ESKANDER, N. **The psychosocial outcome of conduct and oppositional defiant disorder in children with attention deficit hyperactivity disorder.** *Cureus*, 2020.

FUCÀ, E. *et al.* **Assessment of oppositional defiant disorder in children and adolescents with Down syndrome.** *Frontiers in Psychiatry*, v. 13, 2023.

GREENE, R. W. *et al.* Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in youth with oppositional defiant disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 159, n. 7, p. 1214–1224, 2002.

HERPERS, P. C. M. *et al.* Emotional valence detection in adolescents with oppositional defiant disorder. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 28, n. 7, p. 1011–1022, 2019.

JESUS, J. I. F. S. *et al.* **Transtorno oppositor desafiador: relato de experiência.** *Anais da Semana de Enfermagem da Faculdade Evangélica de Goianésia*, v. 2, n. 1, 2022.

LIN, X. *et al.* A systematic review of multiple family factors associated with oppositional defiant disorder. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 17, 2022.

LOWET, D. S. *et al.* Novel oppositional defiant disorder after traumatic brain injury. **Journal of Neuropsychiatry**, v. 34, n. 2, p. 149–157, 2022.

MACHADO, L. V.; AGUIAR, F. **Eficácia e efeitos terapêuticos em psicanálise.** *Cadernos de Psicanálise*, v. 38, n. 34, p. 207–229, 2016.

- MARQUES SOUSA, E. *et al.* Aggressive behaviors and oppositional defiant disorder. **Revista Interdisciplinar e do Meio Ambiente (RIMA)**, v. 6, n. 1, 2024a.
- MCKINNEY, C.; STEARNS, M. **Parental psychopathology and oppositional defiant problems.** *Child Psychiatry & Human Development*, v. 52, n. 3, p. 439–449, 2021.
- MENDES, L. C. Os desafios e práticas pedagógicas com crianças com transtorno opositor desafiador. **Revista Eventos Pedagógicos**, v. 13, n. 2, p. 272–281, 2022.
- MENEZES, P. O.; MENESES, K. O.; DUARTE, E. da S. O desafio do professor na alfabetização de crianças com TOD. **Facit Business and Technology Journal**, v. 3, n. 39, 2022.
- OLIVEIRA, D. C.; COSTA, D. R. M. **Revisão da literatura sobre transtorno opositor desafiador.** *Ciências & Cognição*, v. 26, n. 2, 2021.
- OLIVEIRA, M. P. B. de. **Violência e ataque às escolas e relação com o T.O.D.** Londrina: Selma Alice Ferreira Elwein, 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-11: classificação internacional de doenças.** 2022. Disponível em: <https://icd.who.int>. Acesso em: 30 mar. 2026.
- PACHECO, L. P.; BADARÓ, A. C. **Orientação e treino de pais para o transtorno opositor desafiador.** 2021.
- PAULO, M. M. de; RONDINA, R. de C. **Os principais fatores do transtorno opositor desafiador.** 2010.
- PAULUS, F. W. *et al.* **Emotional dysregulation in children and adolescents.** *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, 2021.
- ROCHA, A. M. da *et al.* **Transtorno do desafiador opositor: revisão de literatura.** 2024. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Ipatinga, MG, 2024. Disponível em: <https://tcc.univaco.edu.br/admin/uploads/TRANSTORNO%20DO%20DESAFIADOR%20OPOSITOR.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2026.
- SANTOS, B. T. D. A. D.; SILVA, J. C. D. F. D.; ALENCAR, G. P. D. Desafios e práticas inclusivas. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 22, n. 3, 2021.
- SERRA-PINHEIRO, M. A. *et al.* Transtorno desafiador de oposição: revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 273–276, 2004.
- SGARGETTA-CARDOSO, M. H.; ALENCAR, G. A. R. de; YAEGASHI, S. F. R. Transtorno opositor desafiador nos anos iniciais. **Revista Internacional de Formação de Professores**, 2022.
- TEIXEIRA, G. **O reizinho da casa: manual para pais.** Rio de Janeiro: Best Seller, 2014.

UTZIG, S. M.; BALK, R. D. S. **Estratégias pedagógicas no TOD**. Perspectivas em Diálogo, v. 10, n. 24, p. 329–350, 2023.

VELASQUES, B. B. **Neurociências e aprendizagem**. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

VIANA, L. R.; MARTINS, M. D. G. T. Intervenção cognitivo-comportamental no TOD. **Revista Ibero-Americana de Humanidades**, v. 8, n. 12, p. 355–373, 2022.



Do Acontecimento de Corpo à Experiência Subjetiva: Contribuições da Psicanálise para a Atuação do Psicólogo Hospitalar na UTI Neonatal

From Bodily Event to Subjective Experience: A Psychoanalytic Perspective on Hospital Psychology in the Neonatal Intensive Care Unit

Laura Ignácio da Silveira

Centro Universitário UniFAMESC. ORCID: 0009-0001-7254-0781.

Maria Isabel Rosa da Silva Arello

Centro Universitário UniFAMESC. <https://lattes.cnpq.br/5903856013113137>.

Resumo: Este capítulo discute a atuação do psicólogo hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a partir de uma perspectiva psicanalítica, articulando contribuições de Freud, Lacan e Moretto. Parte-se da compreensão de que o adoecimento não se restringe à dimensão biológica, constituindo-se como uma experiência subjetiva marcada por rupturas, excessos e pela necessidade de simbolização. No contexto da UTIN, a hospitalização do recém-nascido frequentemente instaura um cenário traumático para os familiares, ao confrontá-los com a fragilidade da vida e com a quebra das expectativas construídas em torno do nascimento. Nesse horizonte, a psicopatologia é concebida não como um campo de classificação de sintomas ou de enquadramento diagnóstico, mas como um campo clínico e ético voltado à compreensão dos modos singulares pelos quais o sujeito responde ao sofrimento. O sofrimento psíquico é, assim, compreendido como uma experiência que se constitui no intervalo entre o acontecimento e sua possibilidade de elaboração, evidenciando os limites da simbolização diante do excesso. Discute-se, ainda, o impacto da linguagem técnica no ambiente hospitalar e sua influência na emergência e na intensificação do sofrimento, na medida em que pode produzir rupturas na comunicação e dificultar a construção de sentidos para a experiência vivida. Destaca-se, portanto, a importância de uma comunicação que considere a dimensão subjetiva dos familiares. A atuação do psicólogo hospitalar é apresentada como fundamental na sustentação de um espaço de escuta, possibilitando a construção de narrativas e a mediação simbólica entre equipe de saúde e familiares. Conclui-se que a inserção da psicologia nas instituições de saúde, orientada pela psicanálise, contribui para a humanização do cuidado, ao reconhecer o sujeito para além do corpo adoecido e ao favorecer processos de simbolização diante do que inicialmente se apresenta como indizível, reafirmando uma concepção de psicopatologia comprometida com a singularidade, a linguagem e os destinos do sofrimento.

Palavras-chave: psicologia hospitalar; UTI neonatal; psicanálise; sofrimento psíquico; humanização.

Abstract: This chapter discusses the role of the hospital psychologist in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) from a psychoanalytic perspective, articulating contributions from Freud, Lacan, and Moretto. It is based on the understanding that illness cannot be reduced to its biological dimension, but rather constitutes a subjective experience marked by ruptures, excess, and the need for symbolization. In the NICU context, the hospitalization of the newborn often establishes a traumatic scenario for family members, confronting them with the fragility of life and the breakdown of expectations constructed around birth. Within this

framework, psychopathology is conceived not as a field of symptom classification or diagnostic categorization, but as a clinical and ethical field aimed at understanding the singular ways in which the subject responds to suffering. Psychic suffering is thus understood as an experience constituted in the interval between the event and its possibility of elaboration, highlighting the limits of symbolization in the face of excess. The chapter also discusses the impact of technical language in the hospital environment and its influence on the emergence and intensification of suffering, insofar as it may produce ruptures in communication and hinder the construction of meaning regarding the lived experience. Therefore, the importance of communication that takes into account the subjective dimension of family members is emphasized. The role of the hospital psychologist is presented as fundamental in sustaining a space for listening, enabling the construction of narratives and the symbolic mediation between the healthcare team and the family. It is concluded that the inclusion of psychology in healthcare institutions, guided by psychoanalysis, contributes to the humanization of care by recognizing the subject beyond the diseased body and by fostering processes of symbolization in the face of what initially appears as unspeakable, reaffirming a conception of psychopathology committed to singularity, language, and the destinies of suffering.

Keywords: hospital psychology; neonatal intensive care unit; psychoanalysis; psychic suffering; humanization.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) configura-se como um espaço marcado pela urgência das intervenções, pela presença constante de tecnologias de monitoramento e pelo manejo clínico altamente especializado voltado à preservação da vida de recém-nascidos em condições de risco (Brasil, 2012). Nesse contexto, a atuação da equipe de saúde organiza-se a partir de protocolos rigorosos e da necessidade de decisões rápidas diante de intercorrências que podem ameaçar a vida do neonato.

A centralidade do saber biomédico nesse cenário é incontornável, uma vez que a fragilidade das condições clínicas exige intervenções imediatas e tecnicamente precisas. No entanto, ao lado dessa dimensão biológica do cuidado, coexiste uma experiência subjetiva intensa para pais e familiares que acompanham o processo de hospitalização. O nascimento, socialmente marcado como um evento de celebração, pode, nessas circunstâncias, converter-se em uma vivência atravessada por medo, angústia, culpa e desorganização psíquica (Jarussi; Zani, 2015).

Essa experiência remete ao que Sigmund Freud (1930/2010), em *O mal-estar na civilização*, aponta como uma das fontes fundamentais do sofrimento humano: a fragilidade do corpo. No contexto da UTIN, essa vulnerabilidade apresenta-se de forma radical, confrontando os familiares com a precariedade da vida e com os limites das expectativas construídas ao longo da gestação. Trata-se de uma situação em que o corpo revela-se em sua dimensão de falha e finitude, produzindo efeitos importantes no campo da experiência psíquica.

Entretanto, mais do que o acontecimento em si, é o modo como ele é vivido e significado que configura seus efeitos psíquicos. Entre o que ocorre e aquilo que pode ser compreendido, há um intervalo que não está dado de antemão,

exigindo, portanto, um trabalho de elaboração. Quando esse intervalo não encontra sustentação — seja pela urgência que atravessa o contexto hospitalar, seja pela predominância de uma linguagem técnica pouco acessível — o sofrimento tende a se intensificar, podendo assumir contornos traumáticos.

Nesse sentido, a UTIN constitui um espaço privilegiado para pensar as interfaces entre psicologia e psicopatologia. Inserida em um ambiente predominantemente orientado pela objetividade técnica, a psicologia hospitalar introduz a dimensão da subjetividade, sustentando um lugar para a escuta em meio à lógica biomédica. Tal inserção evidencia uma tensão fundamental entre, de um lado, modelos que buscam sistematizar o sofrimento em categorias nosográficas e, de outro, abordagens que privilegiam sua dimensão singular, contingente e relacional.

A partir de uma perspectiva psicanalítica, o sofrimento não é compreendido apenas como um conjunto de sintomas a serem classificados, mas como uma experiência singular que se organiza na relação entre o sujeito e o acontecimento vivido. Como propõe Moretto (2019), o adoecimento não se reduz a um evento biológico, mas implica uma experiência que exige construção de sentido. Desse modo, a psicopatologia é deslocada de um campo descritivo para um campo clínico e ético, no qual se interrogam os modos pelos quais o sujeito responde ao que lhe acontece.

Nessa direção, o presente capítulo tem como objetivo discutir a atuação do psicólogo hospitalar na UTIN, articulando contribuições de Freud, Lacan e Moretto, a fim de compreender como a escuta clínica pode operar como um dispositivo fundamental na mediação entre o acontecimento e sua elaboração. Busca-se, assim, refletir sobre a importância da linguagem, da escuta e da construção de narrativas na humanização do cuidado, bem como sobre o papel do psicólogo na sustentação de um espaço onde o sofrimento possa ser reconhecido e, progressivamente, simbolizado. Ao fazê-lo, pretende-se também contribuir para uma concepção de psicopatologia que, em vez de reduzir o sofrimento a categorias previamente estabelecidas, considere sua dimensão processual, singular e atravessada pela linguagem.

DO ACONTECIMENTO DE CORPO À EXPERIÊNCIA SUBJETIVA

O processo de adoecimento, especialmente em contextos hospitalares de alta complexidade, não se reduz à dimensão biológica, tendo em vista que envolve uma experiência subjetiva que se constitui de maneira singular para cada sujeito. No caso da internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, essa experiência não se circunscreve ao recém-nascido, estendendo-se aos pais e familiares, que se veem confrontados com uma realidade que irrompe de forma abrupta, tensionando e, por vezes, desorganizando as expectativas construídas ao longo da gestação.

Nesse cenário, o nascimento deixa de ocupar o lugar de celebração para inscrever-se como um acontecimento atravessado pela incerteza, pelo medo e pela

vulnerabilidade. Tal ruptura pode ser compreendida, à luz da psicanálise, como um acontecimento de corpo que, por seu caráter disruptivo, convoca o sujeito a um trabalho psíquico de elaboração. Trata-se de um esforço que visa à inscrição desse acontecimento na vida psíquica, de modo a transformá-lo em uma experiência singular. Esse processo implica, ainda, a elaboração de perdas associadas à quebra das expectativas parentais, sem a qual o sujeito pode encontrar dificuldades em sustentar recursos para lidar com o que lhe é possível diante da situação (Moretto, 2019).

Conforme destaca Moretto (2019), o adoecimento não deve ser reduzido a um evento orgânico, na medida em que convoca o sujeito a produzir sentidos diante do que lhe acontece. Trata-se de um processo que envolve não apenas as ressonâncias do acontecimento em si, mas também a maneira como ele se articula com a história, os investimentos e as referências simbólicas de cada indivíduo, exigindo um trabalho psíquico que não se realiza de forma imediata nem linear.

Nesse contexto, observa-se que as respostas emocionais dos familiares não seguem uma lógica previsível. As oscilações entre afetos e sentimentos como esperança, angústia e culpa são frequentes, evidenciando que o sofrimento não se deixa apreender por generalizações, devendo, ao contrário, ser reconhecido em sua dimensão singular. Assim, a experiência vivida na UTIN não se organiza apenas a partir das informações recebidas, mas também — e sobretudo — a partir daquilo que escapa à compreensão imediata e à possibilidade de nomeação.

Além disso, o ambiente da terapia intensiva, marcado pela presença constante de equipamentos, alarmes e procedimentos invasivos, pode intensificar esse processo ao produzir uma sobrecarga tanto sensorial quanto simbólica. A exposição contínua a esse cenário pode dificultar a elaboração psíquica, contribuindo para a vivência de desamparo e para a experiência de um tempo suspenso, no qual o sujeito permanece à espera de respostas que nem sempre se apresentam de forma acessível.

Diante disso, torna-se evidente que a experiência de adoecimento não se traduz automaticamente em sentido, exigindo condições que favoreçam sua elaboração. Quando esse processo encontra obstáculos — seja pela urgência que atravessa o contexto hospitalar, seja pela ausência de espaços que acolham a dimensão subjetiva — o sofrimento tende a se intensificar, podendo assumir formas mais difíceis de simbolização.

É precisamente nesse ponto que se inscreve a atuação do psicólogo hospitalar. Ao sustentar um espaço de escuta no âmbito da instituição de saúde, esse profissional opera como um interlocutor possível, favorecendo a construção de uma narrativa sobre a experiência vivida. Trata-se de possibilitar que o sujeito encontre condições de dizer sobre o que lhe ocorre, inscrevendo sua vivência no campo da linguagem.

Nessa direção, como indicam Moretto, Kuppermann e Hoffmann (2017), a presença de um outro que reconheça a experiência do sofrimento mostra-se fundamental para a elaboração dos lutos implicados no adoecimento. O trabalho do

psicólogo aproxima-se, assim, de uma função de testemunho, na medida em que acolhe, legítima e acompanha o processo de elaboração psíquica. Dessa forma, o cuidado em saúde amplia-se para além da intervenção sobre o corpo, incluindo a dimensão subjetiva daqueles que atravessam a experiência do adoecimento. Com isso, sustenta-se uma prática que desloca a psicopatologia de um campo centrado na identificação de quadros para um campo orientado pela escuta da singularidade e pelos destinos possíveis do sofrimento.

TRAUMA E EXCESSO: CONTRIBUIÇÕES FREUDIANAS

A psicanálise, desde suas formulações iniciais, oferece importantes contribuições para a compreensão do trauma, deslocando-o de uma concepção centrada exclusivamente no acontecimento externo para uma perspectiva que considera, sobretudo, os modos de inscrição psíquica da experiência. Em *Além do princípio do prazer* (1920), Sigmund Freud propõe que o trauma não se define apenas pela intensidade objetiva do evento, mas por um excesso que ultrapassa a capacidade do aparelho psíquico de ligá-lo, elaborá-lo ou simbolizá-lo. Com isso, o trauma deixa de ser pensado como um dado do acontecimento para ser situado como efeito de um encontro que excede as possibilidades de elaboração do sujeito.

Nessa direção, o traumático não se reduz ao que acontece, mas ao que, no acontecimento, escapa às possibilidades de representação. Trata-se de uma experiência que irrompe rompendo as defesas psíquicas e colocando o sujeito diante de algo que não pode ser imediatamente traduzido em palavras ou integrado à cadeia de significações (Freud, 1920).

Essa formulação mostra-se particularmente fecunda para a compreensão das experiências vividas no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A hospitalização de um recém-nascido, frequentemente marcada por um caráter inesperado, pode instaurar uma ruptura abrupta na continuidade da experiência subjetiva dos familiares, produzindo um antes e um depois que não se articulam de forma compreensível. O que se apresenta, nesse cenário, não é apenas a gravidade clínica, mas a dificuldade de atribuir sentido, naquele momento, ao que está sendo vivido (Moretto, 2019). Trata-se, portanto, menos de identificar reações típicas e mais de compreender os impasses singulares que se produzem diante desse encontro com o real.

Tal ruptura tende a ser acompanhada por uma vivência de excesso, na qual a intensidade dos acontecimentos — muitas vezes concentrados em um curto intervalo de tempo — ultrapassa as possibilidades de elaboração psíquica. A isso se soma, não raramente, a circulação de informações fragmentadas ou de difícil assimilação, o que pode agravar a sensação de desamparo e comprometer a construção de uma narrativa minimamente organizada da experiência.

É nesse ponto que se pode situar a dimensão traumática: não necessariamente no evento em si, mas na impossibilidade de simbolizá-lo. Essa impossibilidade pode manter o sujeito em uma posição de suspensão, marcada pela espera, pela incerteza e pela dificuldade de integrar o vivido à sua história.

Para além do momento agudo, os efeitos dessa experiência tendem a se prolongar no tempo, incidindo sobre a organização da vida cotidiana. Observa-se, com frequência, uma reconfiguração das dinâmicas familiares, na qual o cuidado se torna eixo central, exigindo adaptações constantes. A rotina passa a ser atravessada por uma lógica de vigilância contínua, sustentada pela presença do imprevisível, que permanece como possibilidade mesmo após a estabilização clínica. Desse modo, o traumático evidencia-se não apenas pelo evento inicial, mas pelos modos como insiste e se reinscreve na experiência.

Essa dimensão evidencia que o traumático não se esgota no instante do acontecimento, mas se desdobra em seus efeitos, incidindo sobre os modos de viver, de se relacionar e de atribuir sentido à experiência. Tal perspectiva reforça a ideia de que um mesmo evento pode produzir efeitos distintos em diferentes sujeitos, a depender de sua história, de suas referências simbólicas e das condições disponíveis para sua elaboração.

No ambiente hospitalar, essa singularidade frequentemente entra em tensão com a lógica da urgência e da objetividade técnica. A necessidade de intervenções rápidas e a predominância de uma linguagem técnica podem dificultar a criação de espaços para a elaboração psíquica, contribuindo para que o acontecimento permaneça, por um tempo, no registro do excesso.

Nesse sentido, a ausência de dispositivos de escuta pode intensificar os efeitos traumáticos da experiência. Assim, conforme destaca Moretto (2019), a possibilidade de falar sobre o que se vive não elimina o impacto do acontecimento, mas permite que ele seja progressivamente integrado à experiência do sujeito. Trata-se, portanto, de favorecer a passagem do indizível a formas possíveis de dizer.

Dessa forma, a atuação do psicólogo hospitalar pode ser pensada como fundamental na mediação entre o excesso e sua possível elaboração. Ao sustentar um espaço de escuta, esse profissional contribui para que o que inicialmente se apresenta como irrepresentável possa, pouco a pouco, encontrar inscrição na linguagem, favorecendo a construção de sentidos.

Nessa direção, a função do psicólogo aproxima-se do que Lacan (1964) conceitua como a incidência do real — isto é, aquilo que escapa à simbolização e que, justamente por isso, insiste. Ao oferecer-se como interlocutor, o profissional possibilita que esse ponto de impossível não permaneça totalmente fora da linguagem, mas possa, ainda que parcialmente, ser circunscrito e elaborado. A clínica psicanalítica orienta-se, assim, não pela eliminação do real, mas pela invenção de modos singulares de tratá-lo.

Assim, o trabalho clínico no contexto hospitalar não visa suprimir o impacto do acontecimento, mas criar condições para que o sujeito possa, a seu tempo, construir modos de dizer e de significar o vivido, transformando uma experiência inicialmente marcada pelo excesso em algo passível de inscrição psíquica.

O REAL E A ANGÚSTIA EM LACAN

A partir das formulações de Jacques Lacan, especialmente em O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964), a experiência vivida no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pode ser compreendida à luz da noção de real. Para situar essa noção, é importante destacar que, na teoria lacaniana, a experiência humana se organiza a partir de três registros fundamentais — o simbólico, o imaginário e o real — que não existem de forma isolada, mas se articulam na constituição do sujeito.

O simbólico refere-se ao campo da linguagem, das leis e das redes de significação que permitem ao sujeito nomear, ordenar e compartilhar sua experiência. O imaginário, por sua vez, diz respeito ao domínio das imagens, das identificações e das formas pelas quais o sujeito constrói uma unidade para si e para o outro. Já o real designa aquilo que escapa à simbolização plena, o que não pode ser totalmente capturado pela linguagem e que se impõe como um limite à significação.

Nesse sentido, o encontro com o real não se apresenta como algo que possa ser imediatamente compreendido ou elaborado, mas como aquilo que irrompe de forma abrupta, desorganizando as referências simbólicas e imaginárias disponíveis. Trata-se de uma dimensão que não se deixa reduzir à palavra e que, justamente por isso, evidencia os limites da rede significante. Como propõe Lacan (1964), o real não é simplesmente o “fora de sentido”, mas aquilo que retorna sempre ao mesmo lugar, insistindo como impossível de ser plenamente integrado.

No contexto da UTIN, esse encontro pode se manifestar de maneira particularmente intensa. O nascimento de um bebê em condições de risco rompe com as expectativas construídas ao longo da gestação — muitas delas sustentadas no registro imaginário — e confronta os familiares com um cenário em que as referências simbólicas disponíveis se mostram insuficientes para dar conta do vivido. A presença constante de dispositivos tecnológicos, a oscilação dos quadros clínicos e a iminência de risco de vida colocam os pais diante de uma experiência que frequentemente ultrapassa suas possibilidades de compreensão, evidenciando um descompasso entre o acontecimento e sua simbolização.

A contribuição do Seminário 11 permite ainda avançar na compreensão de como o sujeito é implicado nessa experiência. No ambiente hospitalar, o bebê encontra-se exposto a um olhar técnico, mediado por aparelhos e sustentado por saberes especializados, que o apreendem prioritariamente a partir de parâmetros biomédicos. Nesse cenário, o corpo do recém-nascido tende a ser inscrito no campo do saber médico, frequentemente deslocado de sua dimensão de corpo marcado pela linguagem e pelo desejo, o que pode produzir efeitos de estranhamento e de desalojamento na posição subjetiva dos familiares. Tal deslocamento incide sobre os modos de investimento e de reconhecimento do bebê, tensionando a construção de seus lugares simbólicos no laço familiar, na medida em que o olhar técnico pode operar como predominante em relação às inscrições simbólicas familiares.

É nesse ponto que a angústia emerge como um afeto privilegiado. Na perspectiva lacaniana, a angústia não deve ser compreendida apenas como um sintoma a ser eliminado, mas como um sinal da relação do sujeito com o real. Diferentemente de outros afetos, ela não engana, indicando precisamente o ponto em que algo escapa à simbolização e se impõe como presença inquietante. Como articulado por Lacan (1964), a angústia está ligada à emergência à irrupção de algo que desestabiliza as coordenadas habituais do sujeito, funcionando como índice da proximidade com aquilo que não se deixa significar.

No ambiente hospitalar, a angústia pode se intensificar diante daquilo que não pode ser previsto, controlado ou plenamente explicado. A dificuldade em compreender os termos técnicos, a fragmentação das informações e a percepção da gravidade do quadro clínico colocam o sujeito diante de um cenário em que a palavra, inicialmente, mostra seus limites. Trata-se de uma experiência na qual o sujeito se confronta com um ponto de opacidade que resiste à significação, e que pode se traduzir em impasses na elaboração psíquica do vivido.

Entretanto, é justamente a partir desse limite que se torna possível pensar a importância da intervenção psicológica. Se o real escapa à simbolização, é pela via da linguagem — isto é, pelo registro simbólico — que o sujeito pode, ainda assim, construir bordas para essa experiência. A palavra não elimina o impossível, mas permite circunscrevê-lo, produzindo efeitos de amarração entre os registros, favorecendo a passagem de um excesso não simbolizado para formas possíveis de inscrição psíquica.

Nesse contexto, a atuação do psicólogo hospitalar revela-se essencial. Ao sustentar um espaço de escuta, ao mediar a comunicação entre equipe de saúde e familiares e ao possibilitar a construção de narrativas, esse profissional introduz e sustenta o registro simbólico em um cenário marcado pela irrupção do real e pela fragilização das imagens que organizavam a experiência.

Mais do que intervir sobre o sofrimento, trata-se de sustentar a existência de um sujeito ali onde, por vezes, tudo parece reduzir-se ao corpo, ao diagnóstico e à necessidade de intervenção imediata. Essa posição ética implica reconhecer que nem tudo pode ser explicado, resolvido ou antecipado, mas que, ainda assim, é possível construir formas de significação que permitam ao sujeito não permanecer totalmente capturado pelo vivido.

Dessa forma, a psicologia hospitalar, orientada pela psicanálise, contribui para a construção de um cuidado que não se limita à preservação da vida biológica, mas que inclui a possibilidade de elaboração psíquica da experiência. Ao reconhecer a singularidade de cada sujeito e a importância da linguagem na construção do sofrimento, reafirma-se que o cuidado em saúde envolve, necessariamente, a escuta daquilo que, muitas vezes, ainda não pode ser dito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste capítulo permitiu evidenciar que a experiência da internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ultrapassa, de maneira decisiva, a dimensão estritamente biológica do adoecimento. Ainda que o saber biomédico seja fundamental para a preservação da vida, ele não esgota a complexidade do que está em jogo, sobretudo no que diz respeito às vivências subjetivas de pais e familiares diante da hospitalização do recém-nascido. Trata-se de um campo em que o acontecimento de corpo se articula a efeitos psíquicos que não podem ser plenamente apreendidos por parâmetros técnicos ou classificatórios.

Nesse contexto, destacou-se que o sofrimento não pode ser compreendido de forma generalizante, mas deve ser reconhecido em sua singularidade, uma vez que se constitui na relação entre o sujeito e o acontecimento vivido. As oscilações entre afetos como esperança, angústia e culpa indicam não apenas a intensidade da experiência, mas também a dificuldade de sua inscrição imediata no campo da linguagem. Nesse sentido, o sofrimento evidencia-se como um processo em construção, marcado por tentativas de simbolização.

A partir das contribuições freudianas, foi possível compreender que o caráter traumático de determinadas vivências não se define exclusivamente pelo evento em si, mas pelo excesso que ultrapassa a capacidade de elaboração psíquica. Tal perspectiva mostrou-se particularmente relevante para pensar o contexto da UTIN, onde a urgência, a imprevisibilidade e a intensidade dos acontecimentos frequentemente dificultam a construção de sentido. O traumático, assim, situa-se menos no fato ocorrido do que no impasse que ele produz na articulação psíquica do vivido.

Em articulação com Lacan, evidenciou-se que esse excesso pode ser compreendido como efeito da irrupção do real — aquilo que escapa à simbolização e que se impõe como limite à significação. A fragilização das referências simbólicas e imaginárias, comum nesse contexto, coloca os sujeitos diante de uma experiência marcada pela angústia, entendida não como um sintoma a ser eliminado, mas como um sinal daquilo que não pode ser plenamente dito. A angústia comparece, assim, como índice privilegiado dos pontos em que a simbolização falha, revelando os limites da significação diante do vivido.

É nesse ponto que se torna possível retomar, de forma crítica, a noção de psicopatologia. Ao longo do texto, buscou-se problematizar abordagens que tendem a enquadrar o sofrimento em categorias diagnósticas previamente estabelecidas, correndo o risco de reduzir a complexidade da experiência subjetiva a classificações generalizantes. No contexto da UTIN, tal redução mostra-se particularmente problemática, na medida em que pode obscurecer o caráter singular das vivências e a dimensão de sentido implicada no sofrimento.

A perspectiva psicanalítica, ao contrário, convida a um deslocamento desse olhar, propondo que o sofrimento não seja apreendido como desvio em relação a uma norma, mas como uma resposta possível — ainda que marcada por

impasses — diante de um acontecimento que convoca o sujeito em sua história e em suas referências simbólicas. Nesse sentido, mais do que diagnosticar, trata-se de escutar, reconhecendo que o que se apresenta como sintoma pode também ser compreendido como uma tentativa de elaboração. Tal concepção recoloca o sintoma não como algo a ser eliminado, mas como uma formação que porta um saber sobre o sujeito e sua relação com o vivido.

Diante disso, ressaltou-se a centralidade da escuta como dispositivo clínico fundamental. A presença de um outro que acolha e reconheça a experiência do sofrimento revela-se condição essencial para que o vivido possa, progressivamente, ser simbolizado. Como apontam Moretto, Kuppermann e Hoffmann (2017), a escuta atenta constitui um elemento facilitador no processo de elaboração dos lutos implicados no adoecimento.

Assim, a atuação do psicólogo hospitalar configura-se como um ponto de mediação entre o acontecimento e sua possível elaboração. Ao sustentar um espaço de fala em meio à lógica da urgência e da objetividade técnica, esse profissional introduz a dimensão simbólica, possibilitando que o sujeito construa narrativas sobre sua experiência e encontre modos singulares de lidar com o sofrimento. Sua intervenção incide, portanto, diretamente sobre os processos psicopatológicos, ao favorecer a passagem do indizível a formas possíveis de inscrição psíquica.

Por fim, reafirma-se que a humanização do cuidado em saúde não se reduz à oferta de melhores condições técnicas, mas implica, necessariamente, o reconhecimento da dimensão subjetiva do adoecimento. Nessa direção, a escuta clínica não se apresenta como um recurso complementar, mas como um elemento estruturante de uma prática de cuidado que considera o sujeito em sua singularidade. Trata-se, portanto, de sustentar um posicionamento ético que, ao invés de reduzir o sofrimento a categorias psicopatológicas, aposta na possibilidade de que, mesmo diante do indizível, algo possa ser dito, reconhecido e elaborado. Com isso, sustenta-se uma concepção de psicopatologia comprometida não com a classificação dos quadros, mas com a escuta dos destinos possíveis do sofrimento e com as condições de sua elaboração.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer (1920). In: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 18, p. 17-85.
- FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

MORETTO, Maria Lívia Tourinho. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde**. São Paulo: Zagodoni, 2019.

MORETTO, Maria Lívia Tourinho; KUPPERMANN, Daniel; HOFFMANN, Christian. Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 20, n. 1, p. 97-112, 2017.



Do Caos à Integração: Explorando o Transtorno de Personalidade Borderline sob a Lente da Fenomenologia Existencial e Gestalt Terapia

From Chaos to Integration: Exploring Borderline Personality Disorder through the Lens of Existential Phenomenology and Gestalt Therapy

María Clara Rodrigues da Silva

Discente da Graduação em Psicologia do Centro Universitário São Carlos – FAMESC.

Livia Castanheira Marçal

Discente da Graduação em Psicologia do Centro Universitário São Carlos – FAMESC.

Maria de Fátima da Silva Fernandes

Discente da Graduação em Psicologia do Centro Universitário São Carlos – FAMESC.

Liliane Duarte Oliveira

Discente da Graduação em Psicologia do Centro Universitário São Carlos – FAMESC.

Mariana Faria Lima

Discente da Graduação em Psicologia do Centro Universitário São Carlos – FAMESC.

Naiara Andrade Biscáci

Docente do Centro Universitário São Carlos FAMESC.

Resumo: Este estudo aborda o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) sob a perspectiva fenomenológica existencial e a abordagem terapêutica da Gestalt Terapia. O TPB, caracterizado por instabilidade emocional, impulsividade e dificuldades nas relações interpessoais, é tradicionalmente diagnosticado dentro de um modelo biomédico. No entanto, este estudo propõe uma reflexão crítica sobre a psicopatologia contemporânea, desafiando as classificações rígidas e explorando as experiências subjetivas dos indivíduos com esse transtorno. Embora a psicopatologia tenha sido tradicionalmente abordada por teorias psicodinâmicas e cognitivas, a perspectiva fenomenológica existencial e a aplicação da Gestalt Terapia oferecem uma compreensão inovadora e transformadora desse transtorno. A análise Fenomenológica Existencial, inspirada por filósofos como Heidegger e Sartre, e a Gestalt Terapia, fundamentada nas ideias de Fritz Perls, permitem uma compreensão mais profunda das vivências de sofrimento e desconexão dos pacientes, com ênfase na integração do self e na vivência no “aqui e agora”, podem oferecer insights terapêuticos poderosos no tratamento de indivíduos com TPB. A pesquisa bibliográfica qualitativa, realizada entre os anos de 1967 à 2025, destaca que a base fenomenológica oferece uma visão abrangente do vazio existencial característico do TPB, enquanto a Gestalt Terapia promove a conscientização e a reintegração do self fragmentado. Ao integrar estes conhecimentos, o estudo sugere que o tratamento do TPB pode ser mais eficaz quando se foca na experiência vivida do paciente, favorecendo a autenticidade e a reconstrução identitária.

Palavras-chave: transtorno de personalidade borderline; fenomenologia existencial; Gestalt-terapia.

Abstract: This study addresses Borderline Personality Disorder (BPD) from the perspective of existential phenomenology and the therapeutic approach of Gestalt Therapy. BPD,

characterized by emotional instability, impulsivity, and difficulties in interpersonal relationships, is traditionally diagnosed within a biomedical model. However, this study proposes a critical reflection on contemporary psychopathology, challenging rigid classifications and exploring the subjective experiences of individuals with this disorder. Although psychopathology has traditionally been approached through psychodynamic and cognitive theories, the existential phenomenological perspective and the application of Gestalt Therapy offer an innovative and transformative understanding of this disorder. Existential Phenomenological analysis, inspired by philosophers such as Heidegger and Sartre, and Gestalt Therapy, grounded in the ideas of Fritz Perls, allow for a deeper understanding of patients' experiences of suffering and disconnection, with emphasis on self-integration and living in the "here and now," and may provide powerful therapeutic insights in the treatment of individuals with BPD. The qualitative bibliographic research, conducted between 1967 and 2025, highlights that the phenomenological foundation offers a comprehensive view of the existential emptiness characteristic of BPD, while Gestalt Therapy promotes awareness and the reintegration of the fragmented self. By integrating this knowledge, the study suggests that the treatment of BPD may be more effective when focused on the patient's lived experience, fostering authenticity and identity reconstruction.

Keywords: borderline personality disorder; existential phenomenology; Gestalt therapy.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história dos estudos em saúde mental, é evidente que os critérios diagnósticos passaram por mudanças substanciais. No século XIX, a visão sobre as doenças mentais era imprecisa e rudimentar, especialmente quando comparada aos progressos alcançados no século XX e à reflexão crítica que se aprofundou no século

XXI. Além disso, nota-se que a maneira de classificar alguns transtornos está frequentemente vinculada às interpretações sobre o comportamento dos indivíduos em suas respectivas sociedades. No âmbito da saúde mental, o psicodiagnóstico descreve e organiza um sofrimento mental e funciona como base para trabalhar o sofrimento sentido. Essa organização leva em conta dados genéticos, subjetivos, comportamentais e sociais, utilizando-se de testagem e de instrumentos da psicologia (Carvalho; Meireles; Eneferio, 2019).

O conceito atual de Borderline recebe a nomenclatura de transtorno de personalidade a partir do manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais/DSM – III (1980), deixando para trás a compreensão vaga de estados intermediários entre neurose e psicose (Dalgalarrodo; Vilela, 1999).

De acordo com o DSM-5 (2013), as características típicas do transtorno da personalidade borderline são instabilidade da autoimagem, dos objetivos pessoais, das relações interpessoais e dos afetos, acompanhada por impulsividade, exposição a riscos e/ou hostilidade. As dificuldades características são aparentes na identidade, no autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade, conforme descrito a seguir, em conjunto com traços mal-adaptativos específicos no domínio da afetividade negativa e também do antagonismo e/ou da desinibição.

Em sua 5ª versão, agora com texto revisado, o DSM-V-TR (2023), caracteriza o transtorno de personalidade borderline em sua instabilidade em relações pessoais, afetos e na autopercepção, necessitando que essas características atravessem vários aspectos da vida do sujeito (APA, 2023).

O transtorno tem diagnóstico frequentemente caracterizado por um padrão de instabilidade nas emoções, identidade e relacionamentos interpessoais, sendo associado a uma intensa dor existencial, sentimentos de vazio e medo de abandono, a impulsividade é característica marcante, levando a comportamentos autodestrutivos que variam desde o uso de drogas até tentativas de suicídio, sendo muito comum a presença de comportamento de automutilação. Embora exista uma variação na sintomatologia, podem-se elencar os sintomas mais comuns, como a raiva, tristeza, vergonha, pânico, terror, sentimentos de vazio e solidão, além da rápida mudança de humor. Experiências de dissociação também podem acontecer, ocorrendo a despersonalização e perda de percepção da realidade (Carneiro, 2004).

É fundamental ressaltar que todas as classificações mencionadas até agora representam abordagens diagnósticas de um modelo biomédico, no qual um conjunto de sintomas recorrentes é selecionado com o objetivo de categorizar, detalhar e identificar características comuns entre as pessoas que apresentam determinado transtorno. Mas como podemos pensar em intervenções voltadas para as vivências e experiências dos indivíduos dentro da sociedade? Quando nos deparamos com alguém que está vivenciando sofrimento psicológico, isso quer dizer que estamos, necessariamente, diante de um quadro psicopatológico? Como lidamos com essa dor? Tentamos coletar informações que nos auxiliem a entender o que está ocorrendo com a pessoa? Ou, ainda, acolhemos esse sofrimento, adotamos uma postura empática e experimentamos essa interação para construir um significado sobre nossa função na relação entre psicoterapeuta e cliente?

Neste estudo, entenderemos a pessoa-cliente como um todo, onde a ideia de diagnóstico e intervenção terapêutica se amplia na perspectiva denominada fenomenológica-gestáltica, abordando o fenômeno do transtorno Borderline. A análise será feita no contexto de como a pessoa se relaciona com o mundo e com os outros e sua forma de existir, considerando sua experiência e vivências no campo relacional, olhando para o sofrimento e adoecimento psíquico, com base na perspectiva fenomenológica existencial que é característica da abordagem gestáltica.

Numa perspectiva fenomenológica-gestáltica, o estudo da psicopatologia permite compreender o sofrimento psicopatológico e o quanto estamos implicados com este sofrimento, além de favorecer o reconhecimento e distinção das formas de sofrimento dos pacientes, validando suas experiências e favorecendo o uso de recursos terapêuticos necessários (Francesetti, 2021).

Importante pensar que, ao se falar de sofrimento psíquico, deve-se questionar as definições dos diagnósticos psicopatológicos na contemporaneidade, posto que, aquilo que se apresenta como normalidade, segue padrões normativos impedindo a possibilidade de expressão e compreensão do ser humano, gerando um processo de psicopatologização massificada (Schillings, 2022).

A fenomenologia existencial, inspirada por filósofos como Martin Heidegger e Jean-Paul Sartre, juntamente com a Gestalt Terapia, desenvolvida por Fritz Perls e outros, oferece um modelo que se conecta profundamente à experiência subjetiva intensa e, muitas vezes, desorganizada vivida por indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). O objetivo central deste estudo é analisar como essas abordagens terapêuticas podem contribuir para o entendimento e o tratamento do TPB, explorando seu potencial para promover a integração do self e a vivência plena, permitindo que o indivíduo reconquiste um sentido de autenticidade e estabilidade em sua vida emocional e relacional.

METODOLOGIA DA ANÁLISE

O presente estudo trata-se de pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo (Mancini; Sampaio; Silva, 2007, Lakatos; Marconi, 2010), com caráter epistemológico, cujo objetivo é analisar criticamente o Transtorno de Personalidade Borderline na perspectiva fenomenológica existencial e a aplicação da Gestalt Terapia. Esse tipo de abordagem permite não apenas reunir e sintetizar o conhecimento já existente sobre o tema, mas também explorar conexões teóricas e conceituais que emergem durante o processo investigativo.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados acadêmicas Google Acadêmico e PubMed, abrangendo o período de 1967 à 2025, garantindo a inclusão de estudos recentes e relevantes sobre o fenômeno analisado. Para a busca dos artigos, foram utilizados descritores específicos, como “transtorno de personalidade borderline”, “análise em Fenomenologia Existencial”, “análise em Gestalt Terapia”, “análise Fenomenológica do TPB” e “análise da Gestalt Terapia no TPB”, a fim de delimitar o escopo do estudo e garantir que os materiais selecionados abordassem diretamente o objeto de análise.

Foram excluídos artigos que não discutem qualitativamente os tópicos relevantes, bem como aqueles que apresentavam um enfoque exclusivamente quantitativo ou que não aprofundavam a relação entre o Transtorno de Personalidade Borderline na perspectiva fenomenológica existencial e a aplicação da Gestalt Terapia. Além disso, estudos que tratavam da temática apenas de forma superficial ou em contextos não aplicáveis à realidade contemporânea foram desconsiderados. Foram incluídos estudos escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola publicados em contextos digitais, assegurando acessibilidade e compatibilidade com a abordagem epistemológica adotada. Inicialmente, foram selecionados 10 artigos, cujos resumos foram analisados para avaliar a relevância e adequação ao tema. Os textos mais significativos foram lidos integralmente, a fim de extrair informações essenciais para a construção do estudo.

Além disso, quando foram identificadas referências a outros trabalhos que demandavam maior destaque do que uma simples citação indireta (apud), tais textos também foram analisados detalhadamente. Esse processo evidencia a abordagem epistemológica, que, como destacado por Rozeira *et al.* (2023) explora

a imprevisibilidade e a complexidade da pesquisa científica, revelando novas dimensões e conexões inesperadas que fortalecem a estrutura do estudo. Após a construção da base teórica e a sistematização dos achados, passou-se à fase de discussão, na qual os dados extraídos foram analisados de forma crítica e comparativa. Esse momento é fundamental, pois permite não apenas a identificação de padrões e tendências dentro do tema estudado, mas também a proposição de reflexões e estratégias que possam contribuir para o discernimento da integração da Fenomenologia Existencial e Gestalt Terapia em contribuição para os cuidados no Transtorno de Personalidade Borderline

HISTÓRICO DO TRANSTORNO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) cujo termo “borderline” foi cunhado inicialmente em 1938, por Adolph Stern com base na teoria sexual de Freud que se autopercebe como falho em alguns pontos por não possuir material suficiente, sendo possivelmente o primeiro a caracterizar o sofrimento que não se enquadrava bem nas definições de neurose ou psicose (Stern, 1999). Mas é apenas com Kernberg (1967) que se populariza o termo Borderline. Isso ocorre com a publicação de seu estudo que organiza a personalidade Borderline. Na década de 70, houve resistência para a delimitação do transtorno justamente por seu caráter variável e formas não sólidas de se portar.

Com base nos estudos de Francesetti (2021) entende-se que na época que se iniciou os estudos sobre TPB a base para se pensar em sofrimentos psíquicos estavam relacionados com as neuroses e as psicoses. A neurose podia ser entendida como um padrão de comportamentos evitativos, onde o indivíduo enfrenta dificuldades em explorar ou se engajar plenamente com suas próprias possibilidades de vida. Por outro lado, as psicoses eram caracterizadas por uma busca intensa por informações sobre a realidade, mas, devido à fragilidade na percepção das fronteiras entre o real e o irreal, o sujeito não consegue processar ou compreender esses dados de forma adequada durante os períodos de crise. O sofrimento borderline entra como um terceiro sofrimento que se encontra nos limites entre a neurose e a psicose, possuindo uma identidade difusa e com defesas arcaicas, porém com uma manutenção da realidade.

Entretanto, em argumentos do autor supracitado, essas formas clínicas não são tão puras nos dias de hoje devido aos contextos líquidos da atualidade, o que gera uma fluidez entre essas funcionalidades. Considerando que o campo oferece a possibilidade de ocorrência e seus limites e que cada funcionalidade pode ser alterada, em mundo indefinido, um funcionamento borderline mostra-se como maior frequência. Nesse cenário, o funcionamento borderline desconstitui as formas puras da neurose e da psicose para ter um ajustamento criativo que melhor se adequa, preservando um esboço de uma identidade que é exaustivamente construída em reflexo de um ente que lhe oferece possibilidades de existir, mas que sempre está à beira de se desfazer e se contradizer em relação a outro ente que forneça outras possibilidades.

Indivíduos com TPB frequentemente experimentam uma sensação de descontinuidade no self, marcada pela instabilidade na identidade e pela dificuldade de viver de maneira autêntica, como se estivessem em constante busca de quem realmente são. A dor existencial, característica desse transtorno, é muitas vezes exacerbada pela sensação de não pertencimento e pela incapacidade de encontrar um significado estável para a vida.

O discurso que se tem de um Eu (ou o Self) está socialmente envolto das percepções, ações, crenças e valores que nos são impostas desde nossa infância. Assim, o que é semelhante é tido como normal e o diferente costuma ser aversivo, padronizar esse normal é então um ato neurótico de organização e controle. Desse modo, o solipsismo na noção do que é subjetivo, presente no pensamento moderno, cria uma subjetividade absoluta e discriminante (Boccardi, 2021).

Como propõem Perls, Hefferline e Goodman (1997), o self se apresenta na fronteira de contato, ou seja, nas interações entre sujeito e mundo, dessa forma, compreender os contextos sociais e dos sujeitos é de grande relevância para entender os sofrimentos psíquicos, sem reduzi-los a uma ou poucas características, mas entendendo os seres de forma holística.

Ao longo do século passado, as teorias sobre neurose e psicose eram bastante vigentes e resultavam de uma adoção ao pensamento das subjetividades provindas das teorias da psicanálise e da fenomenologia de Husserl. Contudo, com o advento dos psicofármacos na década de 1950 e sua eficácia para trabalhar sintomas, a psiquiatria volta atrás para um modo de pensar que mais procura catalogar do que se propor a pensar conteúdos subjetivos (Pessotti, 2006).

O SINTOMA E O FENÔMENO

Francesetti (2021) afirma que estudar psicopatologia serve para reconhecer, distinguir e compreender as formas como o sofrimento humano se apresenta. Esse sofrimento pode se manifestar de várias maneiras, dependendo da trajetória de vida de cada pessoa, e é possível identificar aspectos comuns no sofrimento de diferentes indivíduos. É importante destacar que o sofrimento não é considerado patológico apenas pela presença da dor. Ele se torna patológico quando a pessoa não é capaz de senti-la. Podemos dizer que a psicopatologia é a consequência das experiências não atravessadas: é o modo de carregá-las sobre si de uma maneira menos “incômoda”.

A perspectiva fenomenológica nos remete a distinção entre sintoma e fenômeno. Na Medicina, a noção de sintoma é central e representa muitas vezes a única possibilidade de compreensão quantitativa de um sujeito em sofrimento, possibilitando a construção de um diagnóstico (Bloc; Moreira, 2013).

A abordagem fenomenológica na psiquiatria possibilitou que o conceito de fenômeno ganhasse destaque, alterando a maneira de entender os quadros de sofrimento e/ou doenças psíquicas. A vivência do fenômeno envolve uma transição de uma visão simplificada focada apenas no sintoma, em uma análise causal e

previsível, para uma compreensão mais profunda, que parte de uma análise essencial e leva em conta o campo experiencial da pessoa, centra-se na experiência vivida, no sujeito que existe no mundo e com o mundo. Diferente das abordagens tradicionais que focam em categorizações diagnósticas e modelos causais, a fenomenologia enfatiza o modo como o indivíduo percebe e atribui significado à sua própria existência, assim como relatam Bloc Moreira (2013) a experiência fenomenológica não se fecha numa compreensão de uma psicopatologia e sim, de abertura para o movimento, para transformação do vivido do paciente. A experiência vai trazendo aprendizado, tornando o fenômeno como experiência fenomenológica clínica.

Do ponto de vista Fenomenológico Existencial, o Transtorno de Personalidade Borderline pode ser entendido como uma tentativa de lidar com o vazio existencial e a angústia da falta de sentido, resultante de uma desconexão consigo mesmo e com o mundo. A incerteza constante sobre quem a pessoa é e a dificuldade de estabelecer uma identidade consistente leva a uma experiência de alienação e fragmentação da consciência, como se a pessoa estivesse “perdida” dentro de si mesma.

Em contrapartida, a clínica gestáltica pratica a atenção não dogmática às diferentes possibilidades de desvio, promovendo a compreensão da ambiguidade inerente às complexas relações humanas na natureza e no mundo. A Gestalt baseia seu olhar clínico fazendo uma diferenciação das clínicas da neurose, psicose, de inclusão, bem como novas formas clínicas que surgem com as mudanças no campo (Müller-Granzotto; Müller Granzotto, 2012).

A Gestalt Terapia, com sua ênfase no processo de “aqui e agora”, oferece uma abordagem prática para lidar com a instabilidade emocional e a dificuldade de autorregulação afetiva observada no TPB. Defendendo a importância de se estar ciente do momento presente, a fim de perceber padrões comportamentais e emocionais que os indivíduos mantêm inconscientemente. No caso do TPB, os padrões de comportamento instável podem ser vistos como formas desadaptativas de lidar com a experiência emocional.

A Gestalt Terapia foca na integração de partes fragmentadas do self, buscando a conscientização das emoções, pensamentos e comportamentos que surgem no presente. Para os indivíduos com TPB, esse processo de conscientização é fundamental, pois muitas vezes a experiência emocional é vivida de forma desorganizada e intensa, sem uma compreensão clara do que está acontecendo internamente. Ao trazer a pessoa para o “aqui e agora”, a Gestalt Terapia permite que o paciente tenha contato direto com suas emoções, pensamentos e reações, sem as distorções causadas pela ansiedade ou medo de abandono e consiga identificar a diferenciação do que é “interno e externo”, ou “público e privado”, como relata (Boccardi, 2021).

O VAZIO EXISTENCIAL E A PRÁTICA GESTALTISTA

Pelo Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) ser uma condição clínica caracterizada por uma instabilidade emocional marcante, impulsividade, e dificuldades nas relações interpessoais, resultando em uma experiência subjetiva intensa de caos interno, esta vivência desordenada da existência pode ser melhor compreendida através da perspectiva da Fenomenologia Existencial e da Gestalt Terapia, que oferecem uma abordagem holística e experiencial do ser humano.

Indivíduos com TPB frequentemente experimentam um vazio existencial profundo. A Fenomenologia Existencial sugere que esse vazio pode ser resultado da incapacidade de encontrar um sentido estável e de aceitar a finitude da existência humana. No contexto do TPB, podemos entender a experiência de caos emocional como uma desconexão fundamental com o próprio ser, uma sensação de desorientação frente à ambiguidade da identidade. A pessoa com TPB frequentemente relata uma crise de identidade, experimentando uma alternância entre estados emocionais extremos e um sentimento de vacuidade, o que reflete uma perda do “ser no mundo” e uma dificuldade em encontrar um sentido estável para a vida.

Considerando que, mesmo com as subjetividades, é possível organizar os indivíduos em grupos, também se faz possível organizá-los em categorias com características psicológicas e neuropsicológicas comuns. Entretanto, é imprescindível que o diagnóstico não atue como uma rotulação e “encaixote” os sujeitos em uma doença, síndrome ou transtorno. Existem, no entanto, diversas formas de pensar a psicopatologia através de diversas perspectivas de pensar o ser no mundo, nenhuma delas é a última palavra sobre o assunto mas sempre se atualizando e se aperfeiçoando (Karwowski, 2015). No entanto, a Gestalt Terapia oferece um caminho para que o indivíduo possa lidar com esse vazio de maneira mais criativa e saudável, promovendo o encontro consigo mesmo e com a experiência direta de ser no mundo enfatizando a percepção do “aqui e agora” e a importância da conscientização (awareness) no processo terapêutico.

A prática gestaltista convida o paciente a vivenciar seu vazio de uma maneira mais presente e consciente, sem evitá-lo ou preenchê-lo com comportamentos impulsivos. Através da aceitação do vazio como uma parte intrínseca da experiência humana, o indivíduo pode aprender a dar sentido à sua existência e a encontrar autenticidade na sua jornada. Esse processo pode levar à formação de uma identidade mais integrada, onde a instabilidade característica do TPB começa a ser ressignificada, e a dor existencial, antes paralisante, pode ser transformada em fonte de crescimento e autenticidade.

Através da perspectiva gestaltista, podemos entender a alternância entre os estados emocionais como uma falha na integração das diferentes partes do self. A Gestalt, ao focar no processo de tornar conscientes os aspectos não integrados da personalidade, ajuda o paciente a desenvolver uma maior harmonia interna. Através da técnica da “célula de contato” (contact boundary), a Gestalt Terapia busca promover uma experiência de contato mais genuína com o mundo, onde os

indivíduos com TPB podem começar a reconstruir a percepção de si mesmos e dos outros de maneira mais coesa.

Essa abordagem é particularmente útil no tratamento do TPB, pois se concentra na integração dos aspectos fragmentados da personalidade, ajudando o paciente a tomar consciência de suas emoções, pensamentos e comportamentos em tempo real. No caso de indivíduos com TPB, que frequentemente experienciam uma sensação de desconexão entre o que sentem, pensam e fazem, a Gestalt Terapia oferece um caminho para a integração desses fragmentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do Transtorno de Personalidade Borderline a partir das lentes da Fenomenologia Existencial e da Gestalt Terapia oferece uma abordagem rica e multifacetada que transcende a análise patológica do transtorno. Ambas as abordagens, ao focarem na experiência subjetiva e na integração do ser, proporcionam uma base sólida para intervenções terapêuticas que favoreçam o processo de reconfiguração da identidade. Ao considerar o caos como parte da experiência humana, mas também como uma fase transitória, é possível ajudar os indivíduos com TPB a se moverem em direção à integração, autocompreensão e, finalmente, ao bem-estar emocional.

Ao integrar as perspectivas fenomenológica e gestaltista, podemos traçar um caminho possível para a superação do caos emocional que caracteriza o TPB. O processo terapêutico, ao tornar o indivíduo mais consciente das suas experiências imediatas, proporciona um espaço para que ele possa examinar suas emoções sem se perder nelas. A Fenomenologia Existencial oferece uma compreensão profunda da alienação e da desconexão que caracterizam o transtorno, enquanto a Gestalt Terapia contribui com práticas concretas para a reintegração do self fragmentado, promovendo um processo de autoconhecimento e reconstrução identitária.

A pesquisa proporcionou uma compilação de informações sobre o tema sob a ótica da fenomenologia-gestáltica, focada no quadro Borderline. Além disso, evidenciou a necessidade de mais estudos sobre esse e outros tipos de sofrimento emocional intenso, já que a pesquisa encontrou limitações no número de referências disponíveis, devido ao caráter inovador dessas discussões.

A relevância de aprofundar os estudos nessa área também está relacionada à desmistificação da ideia de que o diagnóstico deve ser o principal guia para o tratamento. A abordagem fenomenológica-gestáltica, por sua vez, permite uma compreensão do diagnóstico como uma ferramenta que possibilita uma intervenção mais assertiva em situações de sofrimento emocional severo, ampliando os suportes necessários e abrindo espaço para novos ajustes criativos no tratamento.

O movimento do caos à integração não ocorre de forma linear nem sem desafios, mas é por meio da conscientização das experiências subjetivas e da prática de vivência no presente que o indivíduo com TPB pode começar a criar uma narrativa de si mesmo. A verdadeira integração do self no contexto do TPB envolve

a aceitação de suas fragilidades, mas também a descoberta de forças e recursos internos que possibilitam a construção de uma identidade mais estável e menos fragmentada.

REFERÊNCIAS

- APA - American Psychological Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5-TR: Texto Revisado**. 5. ed. [S. l.]: Artmed, 2023. 1152p. ISBN 978-6558820932.
- BOCCARDI, D. O. **Viver Não É Preciso**. 1. ed. São Paulo: Via Verita, 2021. 196 p. ISBN 978-65-88337-19-6.
- BLOC, Lucas; MOREIRA, Virgínia. Sintoma e fenômeno na psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatos sian. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 28-41, mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/SHPmQQgNHgY4364WVpzWfKc/?format=pdf>
- CARNEIRO, Lígia. **Borderline: no limite entre a loucura e a razão**. Ciências & Cognição, v. 3, p. 66-68, 2004. Disponível em: <http://revista.cienciasecognicao.org/index.php/cec/article/view/469/256>
- CARVALHO, J. S.; MEIRELES, R. B.; ENETERIO, N. G. P. **Contribuições do Diagnóstico Psicológico para Implementação das Estratégias de Inclusão**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 39, n. 2, p. 245-258, 2019. DOI 10.1590/1982-3703001162018. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/9354>
- DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand Alves. Transtorno Borderline: história e atualidade. **Rev. Latinoam Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 2, p. 52-71, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/zY7LYw46XxX3jPypqNvYB6x/?format=pdf>
- FRANCESETTI, Gianni. **Fundamentos da Psicopatologia Fenomenológico-gestáltica: uma introdução leve**. Belo Horizonte: Artesã, 2021.
- KERNBERG, O. (1967). Organização de personalidade limítrofe. **Jornal da Associação Psicanalítica Americana**, 15(3), 641-685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309> Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000306516701500309?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed
- MANCINI, MC; SAMPAIO, RF. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/79nG9Vk3syHhnSgY7VsB6jG/?format=pdf&lang=pt>

MÜLLER-GRANZOTTO, M.J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R.L. **Clínicas Gestálticas: o sentido ético, político e antropológico da teoria do self**. São Paulo: Summus, 2012. 304 p. ISBN 978-8532308009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/361536521_CLINICAS_GESTALTICAS_-_O_SENTIDO_ETICO_POLITICO_E_ANTROPOLOGICO_DA_TEORIA_DO_SELF

PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus Editorial, 1997. 272 p. ISBN 978-8532306258. Disponível em: <https://1library.org/document/y835j7wq-perls-frederick-s-hefferline-r-goodman-gestalt-terapia.html#fulltext-content>

PESSOTTI, I. **Sobre a teoria da loucura no século XX**. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 113-123, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X20060002000_02&lng=pt&nrm=iso

ROZEIRA, C. H. B.; ROZEIRA, C. F. B.; SILVA, M. F. da. Trama Epistemológica: Entretecendo o Conhecimento Científico. Zenodo, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10002060>

SCHILLINGS, Ângela. Abrindo Janelas dos Sofrimentos Emocionais. In: SILVA, Daniela; ALEGRIA, Carla. **Psicopatologia na Clínica Gestáltica: expressões do contato em sofrimento**. Curitiba: Juruá, 2022. p. 19-32. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/826062994/Abrindo-as-janelas-dos-sofrimentos-emocionais-1>

STERN, A. Investigação psicanalítica e terapia do grupo de neuroses limítrofes. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 2, p. 159–176, abr. 1999. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307526801_Investigacao_psicanalitica_e_terapia_do_grupo_de_neuroses_limitrofes

KARWOWSKI, S. L. Por um entendimento do que se chama psicopatologia fenomenológica. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 21, n. 1, p. 62-73, jun. 2015. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672015000100007&script=sci_abstract



O Espetáculo da Vida: A Influência do Transtorno de Personalidade Histriônica nas Relações Sociais e no Processo Terapêutico

The Spectacle of Life: The Influence of Histrionic Personality Disorder on Social Relationships and the Therapeutic Process

Mariana Faria Lima

Acadêmica do Curso de Psicologia do UniFamesc-RJ. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2929732425310302>.

Maria Clara Rodrigues da Silva

Acadêmica do Curso de Psicologia do UniFamesc-RJ. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5461838162709491>.

Livia Castanheira Marçal

Acadêmica do Curso de Psicologia do UniFamesc-RJ. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3758223855052913>.

Maria de Fátima da Silva Fernandes

Acadêmica do Curso de Psicologia do UniFamesc-RJ. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4359547527471308>.

Liliane Duarte Oliveira

Acadêmica do Curso de Psicologia do UniFamesc-RJ. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9639716145048782>.

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

Docente do UniFamesc-RJ. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5995684153528839>.

Resumo: O Transtorno de Personalidade Histriônica (TPH) é caracterizado por uma busca constante por atenção, comportamento emocional excessivo e necessidade de ser o centro das atenções, o que dificulta a manutenção de relacionamentos estáveis e impacta negativamente a vida social dos indivíduos. Este estudo visa analisar como o TPH afeta as interações sociais e os desafios enfrentados no processo terapêutico, destacando as dificuldades de adaptação e resistência ao tratamento. A metodologia adotada foi uma revisão bibliográfica de artigos, livros e outras fontes acadêmicas publicadas entre 2017 e 2024, que abordaram o impacto do transtorno e as abordagens terapêuticas. As abordagens mais eficazes para o tratamento do TPH incluem a psicoterapia psicodinâmica, que explora os aspectos inconscientes e emocionais dos pacientes, e a Terapia Cognitivo-Comportamental, que visa a modificação de padrões disfuncionais de pensamento e comportamento. A combinação dessas abordagens tem se mostrado eficaz no tratamento, promovendo o autoconhecimento e ajudando os pacientes a desenvolverem habilidades de regulação emocional. No entanto, o tratamento é desafiador devido à resistência dos pacientes, que frequentemente não reconhecem o transtorno e buscam constantemente validação externa. Conclui-se que o estudo destaca a importância de uma abordagem terapêutica personalizada e integrativa, que combine diferentes técnicas para melhorar a qualidade de vida e as relações interpessoais dos pacientes, com foco no fortalecimento da autoestima e no desenvolvimento de habilidades sociais saudáveis.

Palavras-chave: transtorno de personalidade histriônica; psicoterapia; terapia cognitivo-comportamental; vida social; processos terapêuticos.

Abstract: Histrionic Personality Disorder (HPD) is characterized by a constant need for attention, excessive emotionality, and a desire to be the center of attention, which makes it

difficult to maintain stable relationships and negatively impacts individuals' social lives. This study aims to analyze how HPD affects social interactions and the challenges faced in the therapeutic process, highlighting difficulties in adaptation and resistance to treatment. The methodology adopted was a literature review of articles, books, and other academic sources published between 2017 and 2024 that addressed the impact of the disorder and therapeutic approaches. The most effective approaches for treating HPD include psychodynamic psychotherapy, which explores patients' unconscious and emotional aspects, and Cognitive Behavioral Therapy, which aims to modify dysfunctional patterns of thought and behavior. The combination of these approaches has proven effective in treatment, promoting self-awareness and helping patients develop emotional regulation skills. However, treatment is challenging due to patients' resistance, as they often do not recognize the disorder and constantly seek external validation. It is concluded that the study highlights the importance of a personalized and integrative therapeutic approach that combines different techniques to improve patients' quality of life and interpersonal relationships, with a focus on strengthening self-esteem and developing healthy social skills.

Keywords: histrionic personality disorder; psychotherapy; cognitive behavioral therapy; social life; therapeutic processes.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Histriônica (TPH) é uma condição psicopatológica caracterizada por um padrão persistente de busca por atenção e uma necessidade intensa de ser o centro das atenções, o diagnóstico do TPH é feito com base nos critérios do DSM-5-TR, que exige a presença de pelo menos cinco dos oito sintomas especificados. Entre eles, destacam-se o uso da aparência física para atrair atenção, comportamento sexualmente provocativos e um estilo de discurso impressionista e carente de detalhes (American Psychiatric Association, 2023).

Indivíduos com esse transtorno frequentemente apresentam comportamentos teatrais, dramáticos e manipulativos, com o intuito de chamar a atenção de maneira excessiva, o que pode gerar dificuldades significativas nas relações sociais e no processo terapêutico. A compreensão desses aspectos é essencial, pois a interação entre as características do transtorno e as dinâmicas sociais e terapêuticas influencia diretamente a qualidade de vida desses indivíduos.

Segundo Dagostini e Quioca (2017), o transtorno está intimamente ligado à busca constante por validação externa, o que resulta em uma fragilidade emocional que pode impactar diversas áreas da vida. A pessoa com TPH, ao não receber a atenção que julga merecer, pode se sentir desprezada, o que piora o quadro psicológico. Esse padrão de comportamento, frequentemente, leva a uma constante instabilidade nas relações interpessoais, já que suas ações são frequentemente direcionadas para manipulação emocional e busca por aplausos.

Em relação ao processo terapêutico, o tratamento do Transtorno de Personalidade Histriônica pode ser um grande desafio. Os indivíduos com TPH, devido ao seu padrão de comportamento e à necessidade de atenção constante,

podem ter dificuldades em estabelecer uma relação de confiança com o terapeuta. Isso é corroborado por Alves *et al.* (2024), que destacam que as abordagens terapêuticas requerem um cuidado especial para evitar que o paciente “domine” a dinâmica da terapia, desvirtuando o foco para suas próprias necessidades de aprovação.

Além disso, a psicodinâmica do transtorno é complexa e envolve a interação de vários fatores emocionais e cognitivos que moldam a forma como o indivíduo percebe a si mesmo e ao mundo ao seu redor. Para entender as dificuldades que um paciente com TPH pode enfrentar em seu processo terapêutico, é necessário um olhar atento para sua estrutura psíquica, que muitas vezes está pautada em uma autoestima fragilizada e uma necessidade excessiva de ser admirado (Dalgalarrodo, 2019).

A vida social do indivíduo com Transtorno de Personalidade Histriônica é frequentemente marcada pela superficialidade nas relações, pois esses indivíduos tendem a se envolver com pessoas que possam reforçar sua imagem e atendam às suas necessidades de reconhecimento. Essa dinâmica pode resultar em relacionamentos instáveis e, muitas vezes, prejudiciais, onde o apego emocional é substituído por uma busca constante por aprovação externa. Como observado por Alves *et al.* (2024), essa necessidade de ser o centro das atenções pode levar a comportamentos impulsivos e inadequados, que afastam os indivíduos de relações duradouras e autênticas.

No entanto, é importante destacar que, apesar dos desafios, o tratamento terapêutico pode ser eficaz, especialmente quando focado em promover uma maior compreensão de si mesmo e uma reestruturação dos padrões de busca por atenção. Para isso, é fundamental uma abordagem que combine técnicas psicoterapêuticas com intervenções específicas que ajudem o paciente a lidar com suas emoções e a desenvolver habilidades para interações sociais mais equilibradas. Sugere-se que terapias baseadas na psicodinâmica, como a psicanálise, podem ajudar a explorar as raízes inconscientes desses comportamentos (Dalgalarrodo, 2019).

A perspectiva terapêutica, portanto, envolve não apenas o manejo das manifestações comportamentais, mas também a construção de uma relação de confiança com o paciente, de forma que ele se sinta seguro para explorar suas emoções mais profundas. Dagostini e Quioca (2017) afirmam que a colaboração do paciente é essencial para que o processo terapêutico seja bem-sucedido, e isso exige uma abordagem que leve em consideração suas características emocionais e psicodinâmicas.

Além das abordagens psicoterapêuticas tradicionais, a utilização de terapias em grupo também pode ser benéfica, pois oferece ao paciente a oportunidade de aprender com as experiências dos outros e desenvolver novas formas de relacionamento. Isso pode ser particularmente útil para aqueles com TPH, que frequentemente têm dificuldades em manter relações interpessoais saudáveis. A interação em grupo possibilita o desenvolvimento de habilidades sociais, como empatia e escuta ativa, essenciais para um funcionamento social mais equilibrado.

É importante, no entanto, ressaltar que o sucesso do tratamento depende da abordagem integrada que envolva o apoio de profissionais qualificados e um compromisso contínuo por parte do paciente. O foco no autoconhecimento, no controle emocional e na construção de relações mais saudáveis é fundamental para que o indivíduo com Transtorno de Personalidade Histriônica consiga melhorar sua qualidade de vida e reduzir os impactos negativos do transtorno.

Por fim, o Transtorno de Personalidade Histriônica representa um desafio significativo tanto na vida social quanto no processo terapêutico. No entanto, com as abordagens corretas e uma compreensão aprofundada das dinâmicas psicológicas envolvidas, é possível promover mudanças positivas, proporcionando ao paciente uma vida social mais satisfatória e um processo terapêutico mais eficaz.

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica integrativa, com o objetivo de analisar a influência do Transtorno de Personalidade Histriônica (TPH) na vida social e no processo terapêutico, identificando desafios e perspectivas. A pesquisa foi conduzida a partir da busca de artigos científicos em bases de dados renomadas, incluindo a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o Google Acadêmico e a Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram selecionadas publicações que abordam o TPH sob diferentes perspectivas, incluindo sua caracterização clínica, impacto nas relações interpessoais e abordagens terapêuticas.

A coleta de dados ocorreu utilizando descritores padronizados, como “Transtorno de Personalidade Histriônica”, “Impacto Social do Transtorno de Personalidade” e “Abordagens Terapêuticas no Transtorno de Personalidade Histriônica”. Foram aplicados filtros para restringir os resultados a artigos publicados nos últimos 8 anos, priorizando estudos revisados por pares e com relevância para a temática.

Critérios de Inclusão

- a) Publicações científicas e livros especializados que abordam diretamente o Transtorno de Personalidade Histriônica, com ênfase nas suas características, psicodinâmica e abordagens terapêuticas.
- b) Artigos de revisão, estudos empíricos e teóricos que discutem as relações entre o TPH e a vida social, as dificuldades nos relacionamentos interpessoais e o impacto no processo terapêutico.
- c) Estudos publicados entre 2017 e 2024, para garantir que a pesquisa seja atualizada com as abordagens mais recentes e com maior relevância para o tema proposto.
- d) Publicações que apresentem dados qualitativos sobre os efeitos do Transtorno de Personalidade Histriônica na vida social e nas práticas terapêuticas.

Critérios de Exclusão

- a) Estudos que não abordam diretamente o Transtorno de Personalidade Histriônica, mas que tratam de transtornos de personalidade em geral ou de outros tipos de psicopatologias, sem foco específico no TPH.
- b) Artigos não revisados por pares e fontes não científicas, como blogs, artigos de opinião ou publicações não acadêmicas.
- c) Publicações mais antigas que 2017, pois o foco foi na análise das abordagens mais recentes sobre o transtorno.
- d) Artigos que não se concentram na psicodinâmica e no processo terapêutico do TPH, com exclusão de trabalhos que abordam apenas aspectos médicos ou biológicos do transtorno, sem integrar discussões sobre a vida social e o tratamento psicoterapêutico.

A análise dos dados foi qualitativa, baseada na leitura crítica e na comparação entre os estudos selecionados. Os resultados foram organizados de acordo com os principais temas encontrados na literatura, como características do Transtorno de Personalidade Histriônica, desafios no processo terapêutico, impactos nas relações sociais e perspectivas de tratamento. A análise permitiu identificar padrões, divergências e convergências nas abordagens dos autores, enriquecendo a compreensão dos desafios enfrentados por indivíduos com TPH e as possibilidades de tratamento.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE HISTRIÔNICA: IMPLICAÇÕES NAS RELAÇÕES SOCIAIS E DESAFIOS NO PROCESSO TERAPÊUTICO

O Transtorno de Personalidade Histriônica (TPH) é uma condição psicológica que tem como principal característica a busca constante por atenção e a necessidade de ser o centro das atenções em qualquer ambiente. A pessoa com TPH apresenta uma tendência a exagerar emoções e comportamentos com o intuito de atrair os olhares dos outros, muitas vezes, de maneira dramática e teatral. A psicodinâmica desse transtorno é complexa, envolvendo uma vulnerabilidade emocional significativa, que, segundo Dagostini e Quioca (2017), leva o indivíduo a uma constante sensação de vazio interno, sendo a busca por reconhecimento externo uma tentativa de preencher esse vazio.

A vida social de indivíduos com TPH é frequentemente marcada por relações superficiais e instáveis. A necessidade de validação externa pode gerar comportamentos manipulativos e impulsivos, prejudicando a construção de laços profundos e genuínos. Segundo Alves *et al.* (2024), esses indivíduos frequentemente atraem atenção de forma exagerada, o que pode afastar aqueles que buscam interações mais autênticas e equilibradas. Isso também pode resultar em relacionamentos intermitentes, nos quais o paciente com TPH se sente

constantemente insatisfeito e, por vezes, abandonado, o que agrava ainda mais o quadro emocional.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os transtornos de personalidade como padrões persistentes de experiências internas e comportamentos que se desviam de maneira significativa das expectativas culturais, afetando várias áreas da vida, como cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle de impulsos. No caso do TPH, a busca excessiva por atenção e o comportamento dramático podem levar a disfunções consideráveis nessas áreas, principalmente nos relacionamentos interpessoais e na interação com o ambiente social (OMS, 2019).

No contexto terapêutico, o tratamento de pacientes com TPH apresenta desafios específicos. A dificuldade de manter uma relação de confiança com o terapeuta é um dos principais obstáculos, visto que o indivíduo com esse transtorno pode tentar manipular a dinâmica terapêutica para obter validação ou atenção. De acordo com Dagostini e Quioca (2017), o terapeuta precisa estar atento à manipulação emocional do paciente, evitando cair nas armadilhas que esse comportamento pode gerar, garantindo que o foco da terapia seja o autoconhecimento e o desenvolvimento emocional.

Alves *et al.* (2024) sugerem que, ao tratar pacientes com TPH, é fundamental estabelecer limites claros e consistentes na relação terapêutica. Isso evita que o paciente se envolva em um ciclo de dependência emocional do terapeuta, onde a validação externa se torna um objetivo central. Além disso, a terapia deve focar no fortalecimento da autoestima do paciente, permitindo-lhe desenvolver uma maior confiança em suas próprias emoções e habilidades de lidar com a rejeição, sem recorrer a comportamentos dramáticos.

O quadro abaixo ilustra os critérios de diagnóstico do Transtorno da Personalidade Histriônica:

Quadro 1 – Critérios diagnósticos.

Critérios diagnósticos F60.4
<p>Uso padrão difuso de emocionalidade e busca de atenção em excesso que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desconforto em situações em que a pessoa não é o centro das atenções. 2. A interação com os outros é frequentemente caracterizada por comportamento sexualmente sedutor inadequado ou provocativo. 3. Exibe mudanças rápidas e expressão superficial das emoções. 4. Usa reiteradamente a aparência física para atrair a atenção para si. 5. Tem um estilo de discurso que é excessivamente impressionista e carente de detalhes. 6. Mostra autodramatização, teatralidade e expressão exagerada das emoções. 7. É sugestionável (i.e., facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias). 8. Considera as relações pessoais mais íntimas do que na realidade são.

Fonte: American Psychiatric Association (2023, p. 761).

O transtorno de personalidade histriônica está muitas vezes associado a uma estrutura psíquica marcada pela fragilidade da autoestima e pela necessidade de

aprovação externa. Importante destacar que essa vulnerabilidade emocional pode ser a raiz dos comportamentos exibidos por indivíduos com TPH, uma vez que esses pacientes se sentem incompletos sem o constante reconhecimento dos outros. Isso pode gerar uma instabilidade emocional profunda, levando a sentimentos de vazio e insegurança (Dagalarrondo, 2019).

Além das abordagens psicodinâmicas, o tratamento do TPH também pode se beneficiar de outras terapias, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A TCC foca em modificar padrões de pensamento disfuncionais e promover o desenvolvimento de habilidades sociais, o que pode ser útil para pacientes com TPH, que muitas vezes apresentam dificuldades em lidar com as críticas ou com a falta de atenção. Alves *et al.* (2024) defendem que a combinação de abordagens psicodinâmicas e cognitivo-comportamentais pode ser eficaz para tratar a complexidade emocional do transtorno.

Outro desafio no tratamento de indivíduos com TPH é a resistência à terapia. Muitas vezes, os pacientes não reconhecem a gravidade de seu transtorno, o que pode dificultar o processo de mudança. A resistência terapêutica pode se manifestar em comportamentos de manipulação ou em tentativas de controlar o ambiente terapêutico, buscando sempre a validação do terapeuta. Nesse contexto, a habilidade do terapeuta em manter uma postura firme e empática é essencial para a eficácia do tratamento (Dagostini; Quioca, 2017).

Psicoterapia em grupo também pode ser uma estratégia útil para o tratamento do TPH, pois proporciona um ambiente no qual o paciente pode experimentar dinâmicas de grupo e aprender a interagir com os outros de forma mais equilibrada. A interação com outros pacientes, que também estão em processo terapêutico, pode ser um espelho para que o paciente perceba seus próprios comportamentos e reações em situações sociais. Além disso, o ambiente de grupo facilita a construção de empatia e habilidades de escuta ativa, aspectos fundamentais para o desenvolvimento de relações interpessoais mais saudáveis (Dagalarrondo, 2019).

Dessa forma, a abordagem terapêutica ideal deve ser flexível e adaptada às necessidades individuais de cada paciente. O trabalho contínuo na construção da autoestima e no fortalecimento das habilidades emocionais e sociais é essencial para que o paciente com TPH possa lidar de maneira mais equilibrada com seus impulsos de busca por atenção e suas dificuldades nas relações interpessoais. O tratamento eficaz não só minimiza os comportamentos excessivos, mas também promove um maior autoconhecimento e um ajuste mais saudável nas relações sociais, contribuindo para uma vida mais satisfatória e emocionalmente estável (BABL *et al.*, 2023).

DISCUSSÃO

O Transtorno de Personalidade Histriônica (TPH) representa um desafio significativo tanto na vida social quanto no processo terapêutico dos indivíduos que o apresentam. Conforme discutido, o TPH é caracterizado por uma busca

constante por atenção, comportamentos dramáticos e a necessidade de ser o centro das atenções. Esses indivíduos frequentemente experienciam dificuldades em manter relacionamentos interpessoais estáveis, o que pode resultar em um ciclo de frustração e sentimentos de vazio emocional, conforme observado por Dagostini e Quioca (2017). A ideia de que a necessidade constante de validação externa é um mecanismo de defesa frente a uma fragilidade interna é central para o entendimento desse transtorno.

A compreensão da psicodinâmica do TPH é essencial para o tratamento terapêutico, já que a necessidade de atenção e a manipulação emocional são características centrais do transtorno (Köse, 2020). O terapeuta, portanto, deve estar preparado para lidar com as tentativas do paciente de manipular a dinâmica terapêutica, evitando que a relação se torne um espaço de busca por validação. Isso está em consonância com a abordagem de Alves *et al.* (2024), que enfatizam a importância de estabelecer limites claros e consistentes, a fim de evitar a manipulação emocional do paciente e garantir que o foco terapêutico seja o autoconhecimento e a regulação emocional.

A abordagem psicodinâmica, que explora as raízes inconscientes do comportamento, pode ser extremamente útil para entender os mecanismos que sustentam os comportamentos histriônicos. A fragilidade da autoestima é uma característica central dos pacientes com TPH. Essa vulnerabilidade é um fator determinante para os comportamentos dramáticos e exagerados, que visam suprir uma carência interna de valorização. A compreensão desse aspecto pode ser útil no tratamento, permitindo ao terapeuta abordar o transtorno de maneira mais empática, sem cair nas tentativas de manipulação emocional (Dalgarrondo, 2019).

Porém, como qualquer transtorno de personalidade, o TPH pode ser resistente ao tratamento. Pacientes com esse transtorno podem não reconhecer sua condição como um problema, o que dificulta o engajamento no processo terapêutico. A resistência à mudança é uma característica comum em transtornos de personalidade, pois a pessoa muitas vezes se sente desconfortável ao enfrentar aspectos de si mesma que são dolorosos ou difíceis de lidar.

Essa resistência pode ser vista na tendência de pacientes com TPH em usar a terapia como uma plataforma para obter atenção ou aprovação. A habilidade do terapeuta em manter um ambiente seguro e firme, ao mesmo tempo em que reforça a importância do autoconhecimento, é essencial para superar essa barreira (Dagostini; Quioca, 2017).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que se concentra em identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais, pode ser uma abordagem complementar eficaz para o tratamento do TPH. Como Alves *et al.* (2024) discutem, a TCC ajuda os pacientes a reestruturarem suas formas de pensar, principalmente no que diz respeito à forma como se veem e percebem os outros. A TCC também pode ser útil para ajudar os pacientes a aprenderem estratégias mais saudáveis de enfrentamento, sem recorrer à manipulação emocional ou à busca constante por atenção.

A interação com outros indivíduos em um contexto terapêutico oferece ao paciente a oportunidade de experimentar novas dinâmicas de relacionamento. A convivência com outros pacientes que enfrentam desafios semelhantes podem facilitar o processo de reflexão sobre os próprios comportamentos e ajudar na construção de empatia. O ambiente grupal pode atuar como um espelho social, permitindo ao paciente observar suas reações e aprender a ajustar sua postura nas interações interpessoais (Dalgalarrodo, 2019).

É importante observar que, apesar de os tratamentos tradicionais, como a psicoterapia individual e a TCC, serem eficazes, o sucesso do tratamento depende de uma abordagem integrativa e individualizada. A construção da autoestima e a promoção de uma maior resiliência emocional são componentes chave nesse processo. O tratamento deve ser flexível, considerando as necessidades específicas do paciente e seus objetivos terapêuticos. A combinação de diferentes abordagens terapêuticas, como psicoterapia psicodinâmica, TCC e terapia de grupo, pode proporcionar um tratamento mais completo e eficaz (Alves *et al.*, 2024).

Em relação ao impacto social, os pacientes com TPH muitas vezes enfrentam desafios significativos na construção de relacionamentos duradouros e saudáveis. Sua tendência a exagerar emoções e a buscar atenção pode resultar em relacionamentos superficiais e instáveis. Isso é corroborado pela definição da OMS (2019), que aponta que os transtornos de personalidade afetam significativamente o funcionamento interpessoal, prejudicando a qualidade das relações sociais e, muitas vezes, levando a um isolamento social crescente. Esse aspecto do TPH exige uma abordagem terapêutica que inclua não apenas a modificação dos comportamentos disfuncionais, mas também o desenvolvimento de habilidades sociais mais equilibradas.

Portanto, é fundamental que o tratamento do Transtorno de Personalidade Histriônica envolva uma abordagem holística, que leve em consideração tanto os aspectos emocionais e psicodinâmicos quanto as interações sociais do paciente. O sucesso do tratamento depende da capacidade do terapeuta em lidar com as complexas dinâmicas internas e externas que influenciam o comportamento do paciente, promovendo, assim, uma melhoria na qualidade de vida e nas relações interpessoais. A integração de diversas abordagens terapêuticas, com um foco contínuo no autoconhecimento e na regulação emocional, oferece uma perspectiva promissora para indivíduos com TPH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno de Personalidade Histriônica é uma condição complexa que afeta significativamente a vida social e o processo terapêutico dos indivíduos que o apresentam. As características centrais desse transtorno, como a busca incessante por atenção, comportamentos dramáticos e a dificuldade de estabelecer relacionamentos profundos e estáveis, geram desafios tanto para os próprios pacientes quanto para os profissionais que os atendem. Como discutido ao longo do

artigo, a psicodinâmica do TPH envolve uma fragilidade emocional que impulsiona a busca por validação externa, muitas vezes em detrimento de relações autênticas e equilibradas.

O tratamento do TPH exige uma abordagem terapêutica cuidadosa e estratégica. A psicoterapia, especialmente a psicodinâmica, desempenha um papel fundamental ao explorar as raízes inconscientes dos comportamentos exibidos pelos pacientes, permitindo que os terapeutas ajudem a fortalecer a autoestima e a promover a autossuficiência emocional. A Terapia Cognitivo-Comportamental também é uma ferramenta eficaz, especialmente na reestruturação de padrões disfuncionais de pensamento e comportamento. No entanto, o tratamento mais eficaz parece ser aquele que combina abordagens psicodinâmicas com técnicas cognitivo-comportamentais, adaptadas às necessidades individuais de cada paciente.

Além disso, a resistência terapêutica é uma característica recorrente no tratamento do TPH, o que torna o processo mais desafiador. Indivíduos com esse transtorno frequentemente não reconhecem a gravidade de suas dificuldades e, por vezes, tentam manipular a dinâmica terapêutica para obter a validação que tanto buscam. Nesse sentido, o papel do terapeuta em estabelecer limites claros e firmes é fundamental para evitar que a terapia se torne um espaço de busca de atenção ao invés de um espaço de crescimento pessoal e transformação emocional.

O impacto social do TPH também não pode ser subestimado. As dificuldades em estabelecer relações estáveis e profundas são comuns, e os comportamentos exagerados podem levar ao isolamento social. Esse aspecto do transtorno exige uma abordagem terapêutica que não só foque na mudança dos comportamentos disfuncionais, mas também na promoção de habilidades sociais mais equilibradas.

Por fim, as perspectivas terapêuticas para o TPH são promissoras, especialmente quando a abordagem é individualizada e integrativa. A combinação de diferentes técnicas terapêuticas, a construção da autoestima e o foco no autoconhecimento e na regulação emocional são essenciais para ajudar os pacientes a superarem as dificuldades associadas ao transtorno. A contribuição dos estudos revisados neste trabalho reforça a importância de uma abordagem terapêutica multidisciplinar, que leve em consideração os aspectos psicodinâmicos, comportamentais e sociais do TPH, visando proporcionar uma melhoria significativa na qualidade de vida e no bem-estar emocional dos indivíduos afetados.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. S. *et al.* Características, diagnóstico e abordagens terapêuticas do transtorno de personalidade histriônica: uma revisão bibliográfica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 10, n. 7, p. 3118-3126, jul., 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BABL, Anna *et al.* **Change processes in psychotherapy for patients presenting with histrionic personality disorder.** *Clinical Psychology & Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 64-72, 2023.

DAGOSTINI, C. L. F.; QUIOCA, K. Personalidade histriônica: traços, psicodinâmica e conduta no processo psicoterapêutico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Comportamentais**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 56-65, 2017.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

KÖSE, S. S.; ERBAŞ, O. Personality disorders diagnosis, causes, and treatments. **Demiroglu Science University Florence Nightingale Journal of Transplantation**, v. 5, n. 2, p. 22-31, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Transtorno de personalidade histriônica.** Disponível em: <https://www.who.int/home>. Acesso em: 20 mar. 2026.



Sono em Depressão: A Influência da Insônia na Depressão e na Ideação Suicida - Uma Revisão Baseada em Evidências Clínicas

Sleep in Depression: The Influence of Insomnia on Depression and Suicidal Ideation – A Review Based on Clinical Evidence

María Clara Rodrigues da Silva

Discente da Graduação em Psicologia do Centro Universitário São Carlos – FAMESC.

Livia Castanheira Marçal

Discente da Graduação em Psicologia do Centro Universitário São Carlos – FAMESC.

Maria de Fátima da Silva Fernandes

Discente da Graduação em Psicologia do Centro Universitário São Carlos – FAMESC.

Liliane Duarte Oliveira

Discente da Graduação em Psicologia do Centro Universitário São Carlos – FAMESC.

Mariana Faria Lima

Discente da Graduação em Psicologia do Centro Universitário São Carlos – FAMESC.

Naiara Andrade Biscácio

Docente do Centro Universitário São Carlos FAMESC.

Resumo: O estudo analisa a relação entre insônia, depressão e ideação suicida, destacando o sono como um fator central na saúde mental. Evidências clínicas indicam que a insônia não apenas acompanha o Transtorno Depressivo Maior, mas também atua como fator de risco relevante para agravamento dos sintomas depressivos e do aumento da ideação suicida. A revisão foi conduzida com base em literatura científica recente, incluindo um ensaio clínico que investigou os efeitos da Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia (TCCi) em pacientes com depressão. Os resultados demonstram que a TCCi, especialmente quando associada ao tratamento medicamentoso, promove melhora significativa na qualidade do sono, redução dos sintomas depressivos e diminuição do risco suicida. A intervenção atua sobre aspectos cognitivos e comportamentais que perpetuam a insônia, contribuindo para a regulação emocional e o bem-estar psíquico. Além disso, o estudo evidencia que a insônia pode ser considerada um fator de risco modificável, reforçando a importância de sua abordagem nos protocolos clínicos. Apesar de limitações metodológicas, como o tamanho reduzido da amostra, os achados apontam para a necessidade de ampliar o uso da TCCi no contexto brasileiro, tanto na prática clínica quanto em políticas públicas de saúde mental.

Palavras-chave: sono; depressão; insônia; ideação suicida; terapia cognitivo-comportamental para insônia.

Abstract: This study analyzes the relationship between insomnia, depression, and suicidal ideation, highlighting sleep as a central factor in mental health. Clinical evidence indicates that insomnia not only coexists with Major Depressive Disorder but also acts as a significant risk factor for worsening depressive symptoms and increasing suicidal ideation. The review was conducted based on recent scientific literature, including a clinical trial that investigated the effects of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) in patients with depression. The

results show that CBT-I, especially when combined with pharmacological treatment, promotes significant improvement in sleep quality, reduction of depressive symptoms, and decreased suicide risk. The intervention targets cognitive and behavioral aspects that perpetuate insomnia, contributing to emotional regulation and psychological well-being. Furthermore, the study demonstrates that insomnia can be considered a modifiable risk factor, reinforcing the importance of addressing it in clinical protocols. Despite methodological limitations, such as the small sample size, the findings highlight the need to expand the use of CBT-I in the Brazilian context, both in clinical practice and in public mental health policies.

Keywords: sleep; depression; insomnia; suicidal ideation; cognitive behavioral therapy for insomnia

INTRODUÇÃO

A relação entre sono, depressão e comportamento suicida tem se consolidado como um campo de investigação essencial, especialmente diante do aumento expressivo das taxas de suicídio em diversos países, incluindo o Brasil. Evidências científicas apontam que alterações do sono, sobretudo a insônia, constituem fatores de risco substanciais para ideação e comportamento suicida (Lavigne *et al.*, 2019), muitas vezes apresentando impacto preditivo superior ao próprio quadro depressivo. Nos transtornos do humor, a insônia é altamente prevalente, sendo o distúrbio de sono mais comum em indivíduos com Transtorno Depressivo Maior (TDM), além de estar associada a pior prognóstico, maior risco de recaída e menor resposta aos tratamentos convencionais.

Diante dessas implicações, cresce o interesse por intervenções específicas voltadas ao manejo da insônia, entre elas a Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia (TCCi), que tem demonstrado elevada eficácia tanto isoladamente quanto em comorbidade com a depressão. De acordo com Fagundes *et al.* (2025):

Como exemplo, a terapia cognitivo-comportamental para a insônia (TCCi) que corresponde a um tratamento não farmacológico eficaz para insônia primária. A TCCi apresenta componentes comportamentais como instruções de controle de estímulos, terapia de restrição de sono, treinamento de relaxamento, componentes comportamentais como reestruturação de cognições que interferem no sono e componentes cognitivos como psicoeducação e higiene do sono.

A integração sistemática da TCCi ao tratamento cognitivo da depressão mostra-se uma estratégia promissora, uma vez que atua simultaneamente sobre dois domínios interdependentes, o humor e o sono, capazes de se retroalimentar e perpetuar o sofrimento psíquico. Além disso, no cenário brasileiro, observa-se uma literatura emergente acerca da aplicabilidade da TCCi, possibilitando reflexões sobre adaptações culturais e práticas clínicas nacionais. Rangé (2011, p. 10) afirma que:

A expansão das práticas cognitivo-comportamentais no Brasil demonstra que intervenções estruturadas, baseadas em evidências e sensíveis às demandas culturais apresentam elevada aplicabilidade no cenário clínico e acadêmico do país.

Nesse contexto, este resumo expandido busca explorar os aspectos centrais da relação entre insônia, depressão e risco de suicídio, por meio de uma revisão baseada em evidências clínicas. O trabalho se fundamenta principalmente no ensaio clínico de Fagundes *et al.* (2025), complementado por fontes científicas disponíveis em bases de pesquisa, visando oferecer um panorama atualizado e crítico sobre o papel da insônia como elemento relevante na compreensão e no manejo da depressão e da ideação suicida.

OBJETIVO

Este resumo expandido tem como objetivo examinar a influência da insônia na depressão e na ideação suicida, investigando como as alterações do sono afetam a regulação emocional, os processos cognitivos, o funcionamento social e o bem-estar psíquico de indivíduos com transtorno depressivo. Busca-se caracterizar os mecanismos clínicos e psicobiológicos pelos quais a insônia agrava sintomas depressivos e aumenta o risco de comportamentos suicidas, analisando diferentes padrões de disfunção do sono e seus impactos no cotidiano.

Além disso, o trabalho tem como finalidade avaliar a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia (TCCi) no manejo integrado da insônia e da depressão, discutindo evidências clínicas incluindo o ensaio de Fagundes *et al.* (2025) e estudos disponíveis em bases de pesquisa que demonstram seu potencial para reduzir sintomas depressivos, melhorar o funcionamento emocional e cognitivo e diminuir a ideação suicida. Por fim, o estudo busca identificar desafios e direções futuras para a aplicação da TCCi no contexto brasileiro, considerando a necessidade de protocolos culturalmente adaptados e formação especializada.

METODOLOGIA

Este resumo expandido foi elaborado por meio de uma revisão bibliográfica narrativa com base em evidências clínicas recentes sobre a interação entre insônia, depressão e ideação suicida. A busca foi conduzida em bases científicas como PubMed, SciELO e Google Acadêmico, utilizando termos relacionados a “depressão”, “insônia”, “ideação suicida”, “Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia” e “distúrbios do sono”.

O estudo central considerado foi o ensaio clínico de Fagundes *et al.* (2025), selecionado por sua relevância metodológica e por investigar diretamente os efeitos da TCCi em pacientes com depressão e risco suicida. Além disso, foram incluídos artigos clínicos, revisões sistemáticas e diretrizes terapêuticas que abordam

mecanismos neurobiológicos do sono, eficácia da TCCi e relações entre distúrbios do sono e transtornos psiquiátricos.

Os critérios de inclusão contemplaram estudos publicados nos últimos anos, com foco em populações adultas e metodologias que avaliassem relações entre sono, humor e comportamento suicida. Estudos duplicados ou com baixa qualidade metodológica foram excluídos. A análise seguiu uma abordagem interpretativa, organizada por temas, a fim de identificar convergências clínicas relevantes.

DESENVOLVIMENTO

O ensaio clínico que fundamenta esta revisão foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da Declaração de Helsinque e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco e do IMIP. Foram recrutados adultos de 18 a 60 anos atendidos em ambulatórios de psiquiatria de um hospital público brasileiro, todos com diagnóstico de depressão, insônia e histórico de ideação suicida. A elegibilidade seguiu rigorosamente os critérios do DSM-5 para Transtorno Depressivo Maior e insônia comórbida, além da confirmação de comportamento suicida pela Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) e pontuação superior a 15 no Índice de Gravidade da Insônia (ISI). Pacientes com comprometimento cognitivo, acompanhamento psicoterapêutico prévio, comorbidades psiquiátricas adicionais ou gestantes foram excluídos, assegurando maior homogeneidade à amostra analisada.

O protocolo experimental foi minuciosamente padronizado por meio de manuais operacionais que orientavam todas as etapas do estudo desde o recrutamento, alocação dos participantes, administração das intervenções e critérios de interrupção, até a coleta e registro dos dados. A avaliação inicial incluiu ficha sociodemográfica, anamnese, exame físico e aplicação das escalas clínicas Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) para depressão e C-SSRS para risco suicida, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes foram distribuídos em dois grupos: um grupo recebeu apenas o protocolo medicamentoso para insônia Amitriptilina 25 mg, conforme o Consenso Brasileiro de Insônia de 2019, enquanto o outro recebeu a mesma medicação associada à Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia (TCCi). A TCCi foi conduzida por profissional capacitado e consistiu em oito sessões semanais, com duração entre 60 e 90 minutos, estruturadas segundo as diretrizes internacionais. As primeiras sessões enfatizaram controle de estímulos, restrição do sono, higiene do sono e técnicas de relaxamento, enquanto as sessões finais abordaram reestruturação cognitiva de crenças disfuncionais sobre o sono e prevenção de recaídas.

As análises estatísticas empregaram testes de Mann-Whitney e Friedman, comparando evolução intra e intergrupos. Embora a amostra final tenha sido composta por apenas seis pacientes majoritariamente mulheres, com média de

idade de 34 anos, os resultados apresentaram tendências consistentes. Observou-se melhora progressiva na gravidade da insônia, especialmente no grupo que recebeu a intervenção combinada. A partir da segunda semana, esse grupo mostrou redução mais acentuada nos escores do ISI, resultado que se manteve ao longo das oito semanas de acompanhamento.

Os sintomas depressivos também apresentaram queda significativa em ambos os grupos, mas a remissão ocorreu de maneira mais rápida e estável entre os participantes que realizaram TCCi, alcançando normalização dos escores já entre a quarta e sexta semanas. No que se refere ao risco suicida, os dados revelaram redução importante nas pontuações da C-SSRS, evidenciando diminuição progressiva do pensamento suicida. Ao final do acompanhamento, a maioria dos participantes do grupo com intervenção combinada atingiu a categoria “sem risco”, reforçando a associação positiva entre melhora da qualidade do sono e diminuição da ideação suicida.

De modo geral, os achados do ensaio clínico sugerem que a TCCi, quando integrada ao tratamento medicamentoso, potencializa os efeitos terapêuticos na insônia, melhora a sintomatologia depressiva e contribui para a redução do risco suicida. Segundo Fortuna *et al.* (2025) os estudos mostraram redução de até 50% na gravidade da insônia, melhorias na qualidade do sono e diminuição do uso de medicações. A TCCi é eficaz, mas enfrenta desafios de acesso e escassez de terapeutas. Esses resultados se alinham à literatura internacional, que destaca o sono como elemento estruturante da saúde emocional e fator crítico na prevenção de comportamentos de risco. De acordo com Teixeira *et al.* (2016) a evidência obtida reforça a necessidade de incorporar sistematicamente intervenções específicas para insônia nos protocolos clínicos de tratamento da depressão, especialmente no contexto brasileiro, onde a oferta da TCCi ainda é limitada e demanda maior difusão e formação profissional especializada.

DISCUSSÃO

Os achados do ensaio clínico analisado reforçam o crescente corpo de evidências de que a insônia exerce papel determinante tanto na intensificação dos sintomas depressivos quanto no aumento da ideação suicida. Tal relação já havia sido destacada por estudos internacionais, que apontam os distúrbios do sono como fatores fortemente associados ao comportamento suicida. A literatura sugere que, embora a depressão seja tradicionalmente o foco principal na avaliação do risco de suicídio, a insônia pode apresentar maior poder preditivo para ideação suicida em certos casos, superando inclusive a gravidade dos sintomas depressivos. Esse dado sustenta a necessidade de que o manejo clínico inclua não apenas a intervenção direta sobre o humor, mas também a abordagem específica dos padrões de sono. Segundo Eikelenboom (2018) a combinação da TCCi para redução da insônia em pacientes depressivos pode levar à otimização da terapia para depressão com maior tolerabilidade e sem efeitos colaterais adicionais. Além disso, os efeitos

terapêuticos da TCCi podem ter impacto também na remissão do risco de suicídio, aspecto comum entre pacientes com insônia e depressão.

Os resultados obtidos neste estudo fortalecem a hipótese de que a insônia é um fator de risco potencialmente modificável, justificando sua inclusão como alvo terapêutico primário nas estratégias de prevenção ao suicídio. A Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia (TCCi) surge, nesse contexto, como intervenção de destaque por sua sólida base empírica, eficácia sustentada e ausência de efeitos adversos farmacológicos. Ensaios clínicos prévios já indicavam taxas de melhora de 70–80% e remissão da insônia em aproximadamente metade dos pacientes submetidos à TCCi (Morin *et al.*, 1994), o que respalda sua indicação como primeira escolha para insônia crônica.

No estudo analisado, a combinação da TCCi com o tratamento medicamentoso demonstrou potencial de otimizar a resposta terapêutica em pacientes com depressão e insônia, promovendo uma redução mais acelerada e consistente dos sintomas depressivos e do risco suicida ao longo das oito semanas de acompanhamento. Essa observação é coerente com estudos que sugerem que intervenções psicoterapêuticas direcionadas ao sono podem gerar efeitos positivos indiretos na regulação emocional, diminuindo a ruminação, a desesperança e os impulsos autodestrutivos, mecanismos frequentemente envolvidos na gênese da ideação suicida (Eikelenboom, 2018).

Um dos pontos fortes do ensaio clínico é seu caráter pioneiro no contexto brasileiro, sendo o primeiro estudo randomizado no país a investigar a TCCi como intervenção adjunta no tratamento da depressão associada à insônia. Além disso, o fato de ter sido conduzido em um ambiente de prática clínica real marcado pelo uso predominante de abordagens farmacológicas aumenta sua aplicabilidade e relevância para o sistema de saúde nacional. Os dados coletados por meio de instrumentos autorrelatados permitiram captar a percepção dos pacientes sobre sua evolução clínica, revelando mudanças progressivas na qualidade do sono, no humor e na redução do risco suicida.

Ainda que o estudo apresente limitações, como o tamanho reduzido da amostra e o período relativamente curto de acompanhamento, seus resultados oferecem dados preliminares promissores que justificam a realização de ensaios de maior escala. Tais estudos podem contribuir para o fortalecimento das evidências sobre a eficácia da TCCi, além de embasar políticas públicas que incorporem abordagens psicoterapêuticas como adjuvantes no manejo da insônia e da depressão.

Nessa perspectiva, a discussão aponta que intervenções psicoterapêuticas voltadas ao sono devem ser integradas ao tratamento multidisciplinar de pacientes depressivos, não apenas como estratégia complementar, mas como parte essencial do cuidado clínico. A TCCi, com seus componentes comportamentais, cognitivos e psicoeducativos, apresenta-se como ferramenta fundamental para reduzir a gravidade da insônia e, simultaneamente, promover melhora significativa dos sintomas psiquiátricos, oferecendo um caminho terapêutico mais efetivo, seguro e potencialmente preventivo frente ao risco de suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do ensaio clínico analisado indicam que a combinação entre tratamento farmacológico da insônia e intervenção psicoterapêutica específica, por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia (TCCi), oferece resultados mais robustos na melhora dos sintomas depressivos e na redução da ideação suicida do que o uso isolado de medicação. A intervenção integrada mostrou-se especialmente eficaz em contexto ambulatorial, no qual a complexidade clínica e a cronicidade dos quadros frequentemente dificultam a remissão completa dos sintomas apenas com abordagens farmacológicas.

A TCCi emerge, assim, como uma ferramenta terapêutica promissora, capaz de atuar em fatores cognitivos, comportamentais e fisiológicos que perpetuam a insônia e contribuem para o agravamento do sofrimento psíquico. Ao promover melhora significativa na qualidade do sono, a TCCi impacta positivamente variáveis essenciais relacionadas ao humor, à regulação emocional e ao risco suicida, corroborando evidências científicas de que a insônia representa um fator de risco modificável e estratégico na prevenção do suicídio.

Dessa forma, os resultados apresentados reforçam a importância de incorporar rotineiramente intervenções voltadas ao sono nos protocolos clínicos de tratamento da depressão, sobretudo em pacientes que manifestam histórico de ideação suicida. Além de oferecer benefícios terapêuticos diretos, essa integração pode orientar futuras pesquisas e contribuir para a elaboração de políticas públicas que valorizem a terapia psicológica como componente essencial no cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- EIKELENBOOM, M., *et al.* **Um estudo longitudinal de 6 anos de preditores para tentativas de suicídio no transtorno depressivo maior.** *Psychol. Med.*, 2018; 49(6): 911-921.
- FAGUNDES D. L.; SOUGEY E. B.; SILVA T. DE P. S. DA; ANDRADE L. T.; BARBOSA L. N.; JAMBO A. Efeito da Terapia Cognitivo Comportamental para insônia na depressão e no suicídio. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, p. e18270, 3 abr. 2025.
- FORTUNA M. C. T.; FARINA M. M.; PINA T. P. DE; LIÃO P. H. D. M.; MIRANDA M. DE C.; GUIMARÃES R. M.; GUIMARÃES J. DA S.; SANTOS J. G. I. DOS; BARRETO T. C.; SILVESTRE M. DE A. Impacto da terapia cognitivo-comportamental no manejo da insônia crônica. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 25, p. e20163, 11 abr. 2025.
- LAVIGNE J. E., *et al.* **Prescription medications for the treatment of insomnia and risk of suicide attempt: a comparative safety study.** *J. Gen. Intern. Med.*, 2019; 34(8): 1554-1563.

MORIN C. M., *et al.* **Intervenções não farmacológicas para insônia: uma meta-análise da eficácia do tratamento.** Am. J. Psychiatry, 1994; 151(8): 1172-1180.

RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: fundamentos e aplicações.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

TEIXEIRA, C. DE M.; TEIXEIRA, L. J.; PRADO, L. B. F.; PRADO, G. F.; CARVALHO, L. B. C. Terapia Cognitiva Comportamental para Insônia: revisão sistemática. **Revista Neurociências**, v. 24, p. 1-33, 2016.



Entre as Sombras da Mente e as Correntes da Sociedade: Esquizofrenia e o Sistema Manicomial

Between the Shadows of the Mind and the Chains of Society: Schizophrenia and the Asylum System

Rebeca Mota de Freitas França

Centro Universitário UniFamesc. <https://lattes.cnpq.br/5166541572672450>

Izabela Albino de Oliveira

Centro Universitário UniFamesc. <https://lattes.cnpq.br/2101347258273551>

Resumo: A esquizofrenia, um transtorno mental de profundidade existencial, desestrutura o pensamento, distorce a percepção e perturba o comportamento, criando uma fratura indelével entre o indivíduo e seu entorno social. No entanto, o impacto dessa condição vai além das limitações internas impostas pela doença, sendo exacerbadamente intensificado pela permanência em um sistema manicomial que, ao se basear em instituições fechadas e segregadoras, perpetua o ciclo de marginalização e estigmatização. O presente estudo aborda a análise sobre a interação complexa entre a esquizofrenia e o sistema manicomial, examinando não só suas implicações psicológicas, mas também os efeitos sociais devastadores que tal estrutura de cuidado impõe. Focando nos efeitos sobre a reintegração social e nos direitos humanos das pessoas com transtorno esquizofrênico, este trabalho propõe uma reflexão sobre o impacto e a marca que foi deixada nos pacientes mesmo após o sistema manicomial. Através de uma abordagem qualitativa, o artigo examina os fatores históricos, sociais, culturais e político-ideológicos que influenciaram a criação e a operação desses estabelecimentos, destacando as implicações para os pacientes psiquiátricos. Destaca a evolução dos tratamentos multidisciplinares como um avanço fundamental para a atualidade, promovendo abordagens mais inclusivas e respeitosas à dignidade do paciente, mas, no entanto, sublinha que, apesar dos progressos, a resistência cultural à superação da lógica manicomial persiste, ocasionando impactos profundos na vida daqueles que foram submetidos a esse sistema.

Palavras-chave: esquizofrenia; sistema manicomial; reforma psiquiátrica; reinserção social.

Abstract: Schizophrenia, a mental disorder of existential depth, disrupts thought, distorts perception, and disturbs behavior, creating an indelible fracture between the individual and their social environment. However, the impact of this condition extends beyond the internal limitations imposed by the illness, being exacerbated by permanence within an asylum-based system that, grounded in closed and segregating institutions, perpetuates the cycle of marginalization and stigmatization. The present study analyzes the complex interaction between schizophrenia and the asylum system, examining not only its psychological implications but also the devastating social effects that such a structure of care imposes. Focusing on the effects on social reintegration and on the human rights of people with schizophrenic disorder, this work proposes a reflection on the impact and the mark left on patients even after the asylum system. Through a qualitative approach, the article examines the historical, social, cultural, and political-ideological factors that influenced the creation and operation of these institutions, highlighting the implications for psychiatric patients. It emphasizes the evolution of multidisciplinary treatments as a fundamental advancement for the present time, promoting more inclusive approaches that respect the dignity of the patient; however, it underscores that,

despite these advances, cultural resistance to overcoming the asylum-based logic persists, causing profound impacts on the lives of those who were subjected to this system.

Keywords: schizophrenia; asylum system; psychiatric reform; social reintegration.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 1% da população mundial é afetada pela esquizofrenia, o que corresponde a cerca de 70 milhões de pessoas, refletindo a sua importância global e a necessidade urgente de estratégias de cuidado (Brasil, 2025). A esquizofrenia é um transtorno mental e uma das patologias psiquiátricas mais complexas e debilitantes, trata-se de um transtorno multifacetado, com profundos impactos nos processos cognitivos e perceptivos do indivíduo, englobando distúrbios significativos no pensamento, na percepção do self e da realidade externa, além de um embotamento emocional e desajuste afetivo (Machado, 2021).

A autora, Silva (2016), define a esquizofrenia como um transtorno crônico e incapacitante, de origem multifatorial, resultante da interação dinâmica de diversos fatores biopsicossociais. No âmbito biológico, destacam-se aspectos relacionados à predisposição genética, já os fatores psicossociais envolvem aspectos psicológicos individuais e suas relações com o ambiente social. Dessa forma, há um entendimento que indivíduos com uma predisposição biológica podem desenvolver o transtorno quando expostos a estímulos provenientes de fatores biológicos, ambientais ou emocionais, os quais interagem e potencializam sua manifestação.

A idade média de início para os homens é por volta dos 20 anos, e para as mulheres, aos 25 (Brasil, 2025). Esses episódios são geralmente seguidos de períodos de remissão, em que o paciente pode demonstrar apatia, retraimento social e dificuldade em expressar emoções, impactando negativamente suas relações pessoais e profissionais. Além disso, a esquizofrenia apresenta sérias consequências, como um aumento nos índices de suicídios, acidentes e outras comorbidades associadas às manifestações clínicas da doença (Silva, 2016).

Outro aspecto relevante da esquizofrenia é o impacto significativo que ela exerce sobre as funções cognitivas, os pacientes acometidos por essa condição frequentemente enfrentam dificuldades em abstração, memória, linguagem e aprendizado, comprometendo a sua capacidade de interagir socialmente e exercer funções cotidianas, com isso resulta em um sofrimento psíquico intenso, tanto para o indivíduo quanto para seus familiares, e exige uma abordagem terapêutica integrada e multidisciplinar para minimizar esses efeitos (Silva, 2016).

Historicamente, o sofrimento psíquico é percebido pela sociedade como sinal de incapacidade e improdutividade. Como consequência, o preconceito em relação ao sofrimento psíquico pode ser observado não apenas na sociedade, mas também no interior das próprias instituições que os recebem (Figueirêdo *et al.*, 2014).

Ao encontro dessa lógica, o sistema manicomial, instituído no século XVII, não possuía uma proposta terapêutica ou curativa, pelo contrário, eram instituições

destinadas ao aprisionamento, à punição e à correção, alinhando-se com os valores da justiça vigente e os interesses da burguesia em consolidar seu poder e controle sobre a sociedade Paiva (2024). De acordo com Foucault (1978, p.116), “o internamento não tem nenhuma unidade institucional além daquela que lhe pode conferir seu caráter de ‘polícia’. Está claro que não tem mais nenhuma coerência médica, psicológica ou psiquiátrica”, dessa forma, o manicômio se tornou um instrumento para o exercício do poder, um espaço de confinamento onde a lógica da repressão social se sobrepunha ao cuidado e à cura.

Qualquer indivíduo que representasse uma ameaça à ordem estabelecida ou que fosse considerado desviado dos padrões de comportamento aceitos pela sociedade era visto como passível de confinamento. Categorizavam como insanos não só aqueles que apresentavam algum transtorno mental, mas também aqueles que se desviavam dos comportamentos tidos como normais, tais como mendigos, prostitutas, criminosos, vagabundos e até mesmo aqueles considerados libertinos ou imorais. Assim, a saúde mental era tratada de maneira rígida e punitiva, sendo a loucura, na ótica da época, uma anomalia que precisava ser erradicada ou controlada (Paiva, 2024).

Diante desse contexto histórico, surge a seguinte questão: como a institucionalização de pacientes com esquizofrenia em manicômios influenciou suas relações interpessoais e sociais ao longo do tempo? A análise da história do tratamento da esquizofrenia e a crítica ao modelo manicomial permitem compreender o impacto profundo desse sistema sobre os indivíduos, refletindo também sobre a necessidade de um modelo de cuidado mais humanizado, voltado para a reintegração social e a promoção da autonomia dos pacientes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa científica resulta de uma revisão de literatura de caráter qualitativo e exploratório, por meio de consultas nas bases de dados acadêmicas renomadas, como Google Acadêmico, PubMed e SciElo. Foram incluídos estudos em português, publicados entre 2001 a 2024, que apresentavam os descritores: Esquizofrenia, Psicologia, Sistema Manicomial. Foram excluídos artigos que não correspondiam ao objetivo da pesquisa, textos incompletos, publicações não acessíveis integralmente de forma online.

A presente pesquisa se beneficia de um olhar multifacetado, combinando a revisão bibliográfica com a análise de um relato de experiência pessoal. A internação de um familiar em um hospital psiquiátrico para tratamento de esquizofrenia forneceu um contexto rico para a reflexão sobre os desafios e as complexidades do cuidado em saúde mental.

DISCUSSÕES E RESULTADOS

A Lei nº 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, estabeleceu a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e promoveu uma reformulação significativa no modelo assistencial de saúde mental no Brasil (Brasil, 2001). Essa legislação visa a desinstitucionalização dos tratamentos e a promoção de uma abordagem mais humanizada e inclusiva, orientada para o cuidado em liberdade. Contudo, antes da implementação dessa lei, o tratamento das pessoas com transtornos mentais seguia um modelo manicomial, caracterizado pelo isolamento, estigmatização e violação de direitos fundamentais.

No contexto anterior à reforma, os pacientes eram frequentemente submetidos a condições desumanas, com pouca ou nenhuma consideração pela sua dignidade, como destaca o livro de Daniela Arbex, *Holocausto Brasileiro*. A obra oferece uma visão contundente e perturbadora sobre as condições de vida nos manicômios, evidenciando a negligência e violência sistemática que os internos enfrentavam, desafiando a concepção de que seus direitos eram garantidos.

Havia um total desinteresse pela sorte. Basta dizer que os eletrochoques eram dados indiscriminadamente. Às vezes, a energia elétrica da cidade não era suficiente para aguentar a carga. Muitos morreram, outros sofreram fraturas graves. [...] No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura (ARBEX, 2013, p. 31-32).

Conforme ilustrado no quadro a seguir, muitos desses direitos eram constantemente ignorados, refletindo a dura realidade vivida pelos pacientes antes da mudança paradigmática trazida pela Lei nº 10.216.

Quadro 1- Comparativo entre a recomendação legal de 2001 e a realidade constatada no Livro, “Holocausto Brasileiro”.

RECOMENDAÇÃO LEGAL DE 2001	REALIDADE DO MANICÔMIO
Direito à dignidade e ao respeito à integridade física e psicológica. Os pacientes têm direito a ser tratados com respeito à sua humanidade, sem sofrer abusos ou negligência e o tratamento deve ser adequado e humanizado.	O Manicômio de Barbacena era caracterizado por superlotação extrema, com um número de pacientes muito superior à capacidade do estabelecimento, comprometendo as condições mínimas de cuidado e respeito. Os internos eram frequentemente vítimas de abusos físicos e psicológicos, incluindo tratamentos desumanos como eletroconvulsoterapia precária e tortura psicológica, que agravam ainda mais seu sofrimento. Além disso, a negligência médica era evidente, com a falta de cuidados adequados devido à infraestrutura precária e à escassez de recursos e profissionais qualificados, deixando os pacientes sem o tratamento necessário para sua recuperação e bem-estar.

RECOMENDAÇÃO LEGAL DE 2001	REALIDADE DO MANICÔMIO
<p>Direito à informação aos pacientes. Eles devem ser informados sobre sua condição de saúde e o tratamento proposto, tendo o direito de expressar sua vontade sobre as decisões a respeito de seu cuidado.</p>	<p>No Manicômio de Barbacena, os pacientes eram sistematicamente privados de informações claras sobre seus diagnósticos e tratamentos, sendo frequentemente submetidos a intervenções medicamentosas e terapia de choque, para “acalmar” aquele paciente, sem seu consentimento ou compreensão. Adicionalmente, observava-se uma ausência de participação no processo decisional, impedindo que os internos expressassem suas preferências ou opiniões sobre os “cuidados” que recebiam. Muitos eram forçados a aceitar tratamentos sem questionamento ou explicação, e em muitos casos, estavam internados não por possuírem transtornos mentais, mas por serem considerados desvirtuados ou desviados dos padrões comportamentais socialmente aceitos.</p>
<p>Direito à liberdade, pois de acordo com a Lei nº 10.216/2001, a internação de pessoas com transtornos mentais deve ser uma medida excepcional, e a pessoa tem direito à liberdade, salvo quando for considerada incapaz de decidir sobre sua condição de saúde e quando houver risco para ela ou outros.</p>	<p>As internações prolongadas e involuntárias no Manicômio de Barbacena resultaram em pacientes que, muitas vezes, permaneciam internados sem a devida avaliação ou justificativa legal para a continuidade do tratamento, cerceando sua liberdade sem revisão adequada. A falta de alternativas para desinternação agravava a situação, pois, mesmo estabilizados, muitos não tinham apoio social ou estrutura para reintegração fora do manicômio e além disso, os pacientes viviam em isolamento social, sem contato com a família e sem atividades que favorecessem sua inclusão, contribuindo para o abandono social e familiar.</p>

Fonte: Holocausto Brasileiro (Arbex, 2013).

Compreende-se, portanto, que o fechamento do Hospital de Barbacena e de outras instituições psiquiátricas marcou um avanço simbólico na luta contra o modelo manicomial, mas trouxe consigo um desafio pouco discutido: o destino daqueles que viveram por décadas sob cuidados institucionais. Para muitos ex-internos, especialmente pessoas com esquizofrenia, a desinstitucionalização ocorreu sem suporte adequado, expondo-os aos efeitos duradouros de maus-tratos, isolamento e uso abusivo de medicamentos, além da dificuldade de reintegração a uma sociedade que ainda carrega estigmas e barreiras (Arbex, 2013; Millani; Castro, 2008).

Esses métodos de cuidado, como os eletrochoques e a contenção física com algemas ou cordas, não só afetam a psique, mas reverberam profundamente nas relações interpessoais e familiares, deixando marcas difíceis de serem superadas (Arbex, 2013; Conselho Federal de Psicologia, 2015).

A reforma psiquiátrica, ao criar dispositivos pautados em um cuidado humanizado, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), representou um avanço ao priorizar a autonomia e o vínculo comunitário. No entanto, a insuficiência de recursos, a fragilidade da rede de atenção psicossocial e a ausência de políticas públicas estruturadas impediram que seus objetivos fossem plenamente alcançados, deixando muitos pacientes em situação de vulnerabilidade e abandono (Brasil, 2001; Brasil, 2025; Millani; Castro, 2008).

A transição para a liberdade, sem o suporte adequado, impõe desafios imensos, pois essas pessoas não só enfrentam os efeitos de anos de tortura e negligência, mas também a dificuldade de reintegração à sociedade, que muitas vezes não está preparada para acolher quem passou por essa forma brutal de tratamento. A reforma psiquiátrica, longe de ser um capítulo encerrado, é um processo contínuo de construção. A superação dos desafios exige um compromisso coletivo, com investimentos em infraestrutura, qualificação profissional e políticas públicas que garantam o acesso universal a um cuidado em saúde mental digno e eficaz (Brasil, 2001; Brasil, 2025; Millani; Castro, 2008).

Além dos maus tratos ocorridos no Hospital Colônia de Barbacena, não é negável a realidade em outros manicômios de cidades distintas, como a instituição intitulada “Casa de repouso” para pessoas com transtornos mentais, na cidade de Bom Jesus do Itabapoana, que mesmo após a lei nº 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, continuou em funcionamento até o ano de 2014 (G1 Globo, 2013).

Portanto, a presente pesquisa se beneficia de um estudo de caso narrativo, ancorado na experiência da minha avó, que, entre os anos de 1986 e 1987, foi diagnosticada com esquizofrenia e internada em uma casa de repouso no município de Bom Jesus do Itabapoana, estado do Rio de Janeiro. O retorno da paciente, após a internação, em um estado agravado, marcado por imobilidade catatônica induzida por medicação por uma injeção que ela chamava de “descansa leão”, episódios de automutilação, pois mordida sua própria língua por estar dopada, além de aplicações de práticas de cuidado questionáveis, incluindo o uso de contenção física. A experiência vivida pela paciente, ao invés de facilitar o processo de reabilitação, culminou em um trauma profundo, cujas repercussões ultrapassaram os limites do âmbito individual. Culminando em sequelas físicas e emocionais profundas.

A tentativa de reintegração social e familiar, que por si só representa um desafio para indivíduos com esquizofrenia, foram substancialmente prejudicada pelas consequências advindas do tratamento. As crises psicóticas da minha avó tornaram-se mais frequentes após a internação, enquanto o uso das medicações a deixou em um estado catatônico por semanas, agravando ainda mais sua condição. Nesse contexto, minha mãe, sobrecarregada pelas responsabilidades de cuidado domiciliar, se viu incumbida de cuidar não apenas da sua mãe, mas também

das irmãs e das tarefas domésticas. Sendo a irmã mais velha de três filhas, com apenas 8 anos, ela precisou abandonar a escola para dar conta dessas demandas, evidenciando de forma contundente os impactos da institucionalização inadequada sobre a dinâmica familiar e o custo emocional e social envolvido.

Ao expor a deterioração da saúde mental em um contexto de institucionalização, revela-se a urgência de uma guinada paradigmática nas práticas de cuidado. A ênfase na humanização do tratamento e na garantia dos direitos dos pacientes emerge como um imperativo ético e clínico, contrapondo-se a modelos arcaicos que perpetuam a violência e a exclusão.

Esse quadro de abandono e negligência não se limita ao indivíduo, mas reverbera na dinâmica familiar, gerando impactos negativos que dificultam a reintegração social e a construção de uma nova perspectiva de vida. A saúde mental, em sua complexidade, clama por abordagens que transcendam a mera supressão de sintomas. Compreende-se, portanto, que a autonomia, a dignidade e a reintegração social devem ser os pilares de um cuidado que promova a resiliência e a qualidade de vida.

A investigação acerca do impacto do sistema manicomial sobre pessoas com transtorno esquizofrênico propiciou uma compreensão aprofundada das questões que envolvem a violação de direitos e a reintegração social dos indivíduos marginalizados, frequentemente rotulados como “loucos”.

Ao examinar os fatores históricos, sociais, culturais e político-ideológicos que fundamentaram a criação e manutenção dessas instituições no Brasil, a pesquisa evidenciou que os manicômios e os tratamentos psiquiátricos não são concebidos para promover a reabilitação ou reintegração social dos pacientes, mas, pelo contrário, funcionam como mecanismos de exclusão, destinados a eliminar da sociedade os indivíduos considerados indesejáveis, o sistema manicomial transformou-se em um espaço de repressão e sofrimento, caracterizado pela negligência, violência física e psicológica, e pela violação dos direitos humanos dos internos (Foucault, 1978).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, o sistema manicomial não foi estruturado com o objetivo de promover a reabilitação dos pacientes, mas sim como um mecanismo de controle e exclusão social. Essas instituições funcionavam como espaços destinados a afastar da sociedade indivíduos considerados desviantes ou indesejáveis, transformando o manicômio em um ambiente marcado pela repressão, negligência e sofrimento (Foucault, 1978).

A transição para um modelo mais humanizado de cuidado, como exemplificado pela Lei nº 10.216 de 2001, embora necessária, mostrou-se repleta de desafios, evidenciando a urgência de uma mudança profunda nas práticas de tratamento e na infraestrutura de saúde mental no Brasil, pois relatos de maus-tratos, como os encontrados em instituições como o Hospital de Barbacena, e a dura experiência de minha avó, evidenciam as cicatrizes deixadas pela institucionalização e essas marcas não se limitam ao corpo, mas atingem também as relações interpessoais

e sociais, dificultando a reintegração dos indivíduos à sociedade após anos de confinamento e tortura institucional (ARBEX, 2013; Conselho Federal de Psicologia, 2015).

Já é um avanço essas mudanças estruturais como o Caps, que ajudam a proporcionar um futuro mais digno e inclusivo para as pessoas afetadas pela esquizofrenia e por outros transtornos mentais. Mudanças essas que envolvem políticas públicas eficazes, formação adequada de profissionais e a construção de uma rede de apoio social sólida, mas esse cenário revela que a loucura e a periculosidade continuam a ser estigmatizadas de forma dual, refletindo em discursos de ódio e exclusão que impactam diretamente a reintegração social dos pacientes (Brasil, 2001; Paiva, 2024).

Por fim, a crítica à invisibilidade dessas questões nos debates sobre saúde mental revela-se fundamental, uma vez que tais dimensões estão intimamente relacionadas às vivências de violação de direitos e exclusão social. A análise histórica da reforma psiquiátrica brasileira e o movimento antimanicomial possibilita compreender não apenas o sofrimento enfrentado por essas pessoas, mas também os avanços e retrocessos nos direitos conquistados ao longo do tempo. Nesse contexto, a desinstitucionalização emerge como uma perspectiva central, ao propor um cuidado mais humanizado e integrado para a reintegração social dos indivíduos (Brasil, 2001; Paiva, 2024).

REFERÊNCIAS

- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=OJmHDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=holocausto+brasileiro&ots=tQuOrTf2bc&sig=iUVBsPEtuTFey_UJzfP2aQ1ovyw#v=onepage&q=holocausto%20brasileiro&f=false. Acesso em: 29 ago. 2025.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 29 ago. 2025
- BRASIL. Ministério da Saúde, 2025. **Saúde mental**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 29 ago. 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (2015). **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015/Conselho Federal de Psicologia Brasília: CFP. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.
- FIGUÊIREDO M.L.R,et al. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Revista Cadernos De Graduação Ciências Humanas e Sociais**, 2014;2(2):121-136. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cdghumanas/article/view/1797>. Acesso em: 22 ago. 2025.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

G1. Fechamento de clínica psiquiátrica no Noroeste do Rio é tema de debate. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/norte-fluminense/noticia/2013/05/fechamento-de-clinica-psiquiatrica-no-noroeste-do-rio-e-tema-de-debate.html>>. Acesso em: 28 ago. 2025.

MACHADO, F. P. *et al.* Fatores relacionados ao comprometimento psíquico e qualidade de vida de portadores de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20190060, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dpgJGPxMc5Fg43FZQm38VJN/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2025.

MILLANI, H. de F. B.; DE CASTRO, V.M. L. L. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental**. SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, v. 4, n. 2, p. 1-19, 2008. Disponível em: <https://revistas.usp.br/smad/article/view/38679/41526>. Acesso em: 27 ago. 2025.

PAIVA, A. A. M. **Estigma do louco infrator: uma análise antimanicomial sobre o contexto histórico dos manicômios judiciários no Brasil**. 2024. 65f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2024. Disponível em: https://monografias.ufop.br/bitstream/35400000/7445/1/MONOGRAFIA_EstigmaLoucoInfrator.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.

SILVA, A. M. *et al.* **Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica**. UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 13, n. 30, p. 18-25, 2016. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/688/u2016v13n30e688>. Acesso em: 29 ago. 2025.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão e dedicar este trabalho à minha avó, que, embora não possa presenciar minha trajetória no curso de Psicologia, faz parte de minha formação por meio de sua história e relatos. Ela enfrentou com coragem o sofrimento causado por um transtorno mental e pela vivência no sistema manicomial, um sistema que, na época, carecia de apoio e tratamento adequados. Mesmo diante das dificuldades, ela lutou incansavelmente e compartilhou sua experiência comigo, enriquecendo minha compreensão sobre a importância da saúde mental e da reabilitação psicossocial.

Dedico também este trabalho à minha mãe, que, ao longo de sua infância e grande parte de sua vida adulta, enfrentou desafios imensos sem qualquer rede de apoio psicológico. Sua força, resiliência e, acima de tudo, sua capacidade de manter a felicidade em meio a tantas adversidades, fazem dela a pessoa mais inspiradora que conheço. A ambas, minha eterna gratidão, por suas lutas, histórias e por me ensinarem, de forma direta e indireta, o verdadeiro significado de perseverança e amor.



Capital estético e a desumanização

Aesthetic capital and dehumanization

Ana Luiza Barcelos Ribeiro

Docente do Curso de Psicologia Centro Universitário São Carlos - UNIFAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

Neyrielly de Fátima da Silva Barbosa

Acadêmica do Curso de Psicologia Centro Universitário São Carlos - UNIFAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ. <https://lattes.cnpq.br/9819591841709960>.

Virgínia Gomes Ferreira

Acadêmica do Curso de Psicologia Centro Universitário São Carlos - UNIFAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

Luma Faustino de Siqueira

Acadêmica do Curso de Psicologia Centro Universitário São Carlos - UNIFAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

Ester Do Nascimento Silva

Acadêmica do Curso de Psicologia Centro Universitário São Carlos - UNIFAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

Resumo: A presente pesquisa tem como objetivo analisar a estética como forma de capital simbólico nas relações sociais contemporâneas, considerando sua influência nos processos de reconhecimento, distinção e desigualdade entre os indivíduos. A investigação fundamenta-se nos pressupostos teóricos desenvolvidos por Pierre Bourdieu, especialmente nos conceitos de campo, habitus e capital, que permitem compreender como as estruturas sociais e os recursos simbólicos interferem nas posições ocupadas pelos sujeitos na sociedade. Nesse contexto, a estética é compreendida como um elemento que pode contribuir para a construção de prestígio e legitimidade social, uma vez que determinados padrões de aparência são valorizados em diferentes ambientes sociais, profissionais e educacionais. Entretanto, a valorização excessiva da aparência também pode gerar processos de discriminação estética, exclusão social e violência simbólica, sobretudo quando indivíduos não correspondem aos padrões de beleza socialmente estabelecidos. O estudo foi desenvolvido por meio de abordagem qualitativa, utilizando levantamento bibliográfico em livros, artigos científicos e produções acadêmicas disponíveis em bases de dados como SciELO, PubMed e Google Acadêmico. A análise evidenciou que a pressão estética pode produzir impactos sociais e psicológicos significativos, incluindo baixa autoestima, insatisfação corporal, ansiedade e dificuldades nas relações sociais. Nesse sentido, destaca-se a importância da atuação da psicologia na compreensão e enfrentamento desses efeitos, promovendo estratégias voltadas ao fortalecimento da autoestima, à valorização da diversidade e ao respeito às diferenças. Conclui-se que a estética não deve ser entendida apenas como uma característica individual, mas como um fenômeno social que influencia relações de poder, reconhecimento e desigualdade.

Palavras-chave: estética, capital simbólico, discriminação estética, violência simbólica, pressão estética.

Abstract: This research aims to analyze aesthetics as a form of symbolic capital in contemporary social relations, considering its influence on processes of recognition, distinction, and inequality among individuals. The study is based on the theoretical contributions of Pierre Bourdieu, particularly the concepts of field, habitus, and capital, which help explain how social

structures and symbolic resources influence the positions individuals occupy in society. In this perspective, aesthetics is understood as an element that can contribute to the construction of social prestige and legitimacy, since certain standards of appearance are valued in different social, professional, and educational environments. However, the excessive valorization of appearance can also generate processes of aesthetic discrimination, social exclusion, and symbolic violence, especially when individuals do not conform to socially established beauty standards. The study was conducted through a qualitative approach, using a bibliographic review of books, scientific articles, and academic publications available in databases such as SciELO, PubMed, and Google Scholar. The analysis revealed that aesthetic pressure can produce significant social and psychological impacts, including low self-esteem, body dissatisfaction, anxiety, and difficulties in social relationships. In this context, psychology plays an important role in understanding and addressing these effects by promoting strategies aimed at strengthening self-esteem, valuing diversity, and encouraging respect for differences. It is concluded that aesthetics should not be understood only as an individual characteristic, but as a social phenomenon that influences power relations, recognition, and inequality.

Keywords: aesthetics, symbolic capital, aesthetic discrimination, symbolic violence, aesthetic pressure.

INTRODUÇÃO

A aparência e os padrões de beleza exercem influência significativa nas relações sociais contemporâneas, afetando a forma como os indivíduos são percebidos e avaliados em diferentes contextos. Em ambientes profissionais, educacionais e sociais, características ligadas à estética podem favorecer o reconhecimento ou gerar situações de exclusão, refletindo dinâmicas de prestígio, distinção e desigualdade.

No campo sociológico, essas relações podem ser compreendidas a partir dos conceitos desenvolvidos por Pierre Bourdieu, como campo, habitus e capital. Tais conceitos permitem analisar como os indivíduos se posicionam na sociedade e como diferentes formas de capital econômico, cultural, social e simbólico influenciam oportunidades e reconhecimento. A estética, nesse contexto, pode ser entendida como um elemento do capital simbólico, contribuindo para a distinção social e legitimação de status.

A questão central deste estudo é: de que maneira a estética atua como capital simbólico e influencia processos de reconhecimento, discriminação e desigualdade nas relações sociais? Com base nessa pergunta, o objetivo geral é analisar a estética como forma de capital simbólico. Os objetivos específicos incluem compreender os fundamentos teóricos de Bourdieu, discutir a relação entre estética e discriminação e refletir sobre os impactos sociais e psicológicos da pressão estética, bem como o papel da psicologia na mitigação de efeitos negativos.

Ressaltando que a relevância do estudo está relacionada à compreensão de como padrões de beleza podem valorizar ou marginalizar indivíduos, contribuindo para o debate sobre desigualdades sociais, diversidade e inclusão. A abordagem psicológica, por sua vez, é essencial para analisar o impacto da pressão estética

sobre a autoestima, saúde mental e comportamento, oferecendo estratégias para desenvolver resiliência, promover a valorização da subjetividade e combater processos de desumanização.

Apesquisa foi conduzida por meio de abordagem qualitativa, com levantamento bibliográfico em livros, artigos científicos e produções acadêmicas disponíveis em plataformas como SciELO, PubMed e Google Acadêmico, abordando conceitos sociológicos de Bourdieu, estética, capital simbólico e impactos psicológicos da pressão estética.

REVISÃO DE LITERATURA

Fundamentos Teóricos: Campo, Habitus e Capital em Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu desenvolveu uma perspectiva teórica voltada para a compreensão das estruturas e dinâmicas sociais, buscando analisar como as relações entre indivíduos e grupos são moldadas por padrões de poder, prestígio e reconhecimento. Para tal, o autor apresenta conceitos centrais, como campo, habitus e capital, que permitem explicar a posição social dos indivíduos, suas práticas e a reprodução das desigualdades existentes na sociedade. Esses elementos estão interligados, constituindo uma base teórica que possibilita analisar a interação entre agentes e estruturas (Janowski, 2014, p. 03).

Para Carvalho (2003), o conceito de campo refere-se a espaços sociais relativamente autônomos, cada um regido por regras próprias e formas específicas de poder. Exemplos de campos incluem o econômico, o educacional, o artístico e o político. Cada campo define quais tipos de capital são valorizados e estabelece critérios para os agentes obterem reconhecimento ou serem excluídos. Dessa forma, o campo funciona como um espaço de disputa, onde os indivíduos competem por prestígio, autoridade e legitimidade, sendo suas ações influenciadas tanto pelas regras vigentes quanto pelos recursos que possuem (Mendes e Muller, 2023, p. 15).

O habitus é compreendido como um conjunto de disposições duradouras e internalizadas que orientam pensamentos, percepções e comportamentos dos indivíduos. Resultado das experiências sociais acumuladas ao longo da vida, especialmente por meio da socialização familiar, escolar e cultural. O habitus permite que os indivíduos ajam de maneira coerente, mesmo sem consciência explícita das normas que regem o espaço social. Ao mediar a relação entre estrutura e ação, o habitus contribui para a reprodução de práticas e padrões sociais, refletindo simultaneamente condições objetivas e experiências subjetivas (Carvalho, 2003, p. 108).

Na visão de Mendes e Mueller (2023), o conceito de capital diz respeito aos recursos que os indivíduos podem acumular e mobilizar para obter vantagens dentro de um campo específico. Bourdieu distingue diferentes tipos de capital: o

econômico, relacionado a bens materiais; o cultural, referente a conhecimentos, habilidades e formações; o social, vinculado a redes de relacionamento; e o simbólico, que envolve prestígio, reconhecimento e legitimidade. A relevância de cada tipo de capital varia conforme o campo no qual o indivíduo está inserido, e a combinação desses capitais determina sua capacidade de influenciar, se destacar ou transformar posições sociais (Janowski, 2014, p. 04).

A articulação entre campo, habitus e capital evidencia como as práticas sociais estão inseridas em relações de poder. O habitus orienta a ação no interior dos campos, enquanto o capital disponível define o potencial de reconhecimento e influência do indivíduo. Essa perspectiva demonstra que a distinção social não depende exclusivamente de recursos econômicos, mas também de disposições internalizadas e do reconhecimento simbólico obtido junto a outros agentes (Carvalho, 2003, p. 111).

Em síntese, a compreensão dos fundamentos teóricos propostos por Bourdieu é essencial para a análise crítica das relações sociais e das desigualdades. Campo, habitus e capital fornecem instrumentos conceituais que permitem investigar como estruturas e experiências moldam comportamentos, legitimam privilégios e reproduzem hierarquias. Esses conceitos são especialmente úteis em estudos sociológicos, educacionais e culturais, oferecendo subsídios para analisar a complexidade das interações entre agência, estruturas sociais e poder simbólico (Janowski, 2014, p. 09).

A Estética como Forma de Capital Simbólico

A estética, compreendida como o conjunto de características relacionadas à aparência, ao estilo e à forma de apresentação pessoal, possui relevância na organização social contemporânea. Esse aspecto pode ser interpretado como uma forma de capital simbólico. De acordo com a teoria desenvolvida por Pierre Bourdieu, diferentes tipos de capital econômico, cultural, social e simbólico influenciam a posição que os indivíduos ocupam na sociedade e também interferem nas relações de poder. Nesse sentido, o capital simbólico está associado ao reconhecimento e ao prestígio atribuídos a determinados atributos considerados socialmente valorizados. A aparência, portanto, pode atuar como um elemento que contribui para a distinção social e para a construção de status (Campos e Lima, 2018, p. 547).

No convívio social, o corpo e a aparência passam a desempenhar papel importante na forma como as pessoas são percebidas. Aspectos como vestimenta, postura, cuidado com a imagem e modo de se expressar são frequentemente avaliados nos diferentes ambientes sociais. Sendo que os padrões de beleza divulgados pela mídia e por outros meios de comunicação influenciam a forma como determinados atributos são valorizados. Indivíduos que se aproximam desses padrões podem encontrar maior aceitação em espaços sociais, educacionais e profissionais (Mendes e Muller, 2023, p. 14).

A estética também se relaciona com o domínio de códigos culturais presentes em determinados grupos sociais. Compreender esses códigos e incorporá-los à

forma de se apresentar demonstra proximidade com valores e práticas reconhecidos socialmente. Essa relação evidencia a ligação entre capital cultural e capital simbólico, pois a aparência pode expressar referências culturais e sociais que contribuem para o reconhecimento em determinados contextos (Anjos; Ferreira, 2021, p. 597).

Nas interações sociais, a aparência pode funcionar como um elemento de diferenciação entre indivíduos. A maneira de se vestir, o cuidado com o corpo e a forma de se apresentar em diferentes situações comunicam informações sobre estilo de vida e pertencimento social. Esses aspectos influenciam a forma como as pessoas são interpretadas e avaliadas pelos outros, podendo interferir em relações sociais e profissionais. (Campos e Lima, 2018, p. 552).

A valorização da estética também está associada às transformações culturais observadas na sociedade atual. A divulgação constante de padrões de beleza por meio da mídia, da publicidade e das redes sociais contribui para a construção de modelos considerados ideais. A repetição dessas imagens influencia a percepção que os indivíduos desenvolvem sobre a própria aparência e sobre a aparência dos outros (Janowski, 2014, p. 06).

Por conseguinte, a estética passa a ser compreendida não apenas como uma característica individual, mas também como um elemento relacionado às dinâmicas sociais. A valorização da aparência pode favorecer o reconhecimento em determinados contextos e influenciar as oportunidades de participação social. Assim, a estética pode ser entendida como um fator que participa das relações de distinção e reconhecimento presentes na estrutura social (Anjos e Ferreira, 2021, p. 560).

Capital Estético e Processos de Desumanização

Embora o capital estético possa gerar reconhecimento e prestígio social, sua valorização excessiva também pode contribuir para processos de desumanização. Quando a aparência passa a ser considerada um critério central de avaliação, o indivíduo tende a ser reduzido apenas a características físicas ou a padrões de estilo valorizados socialmente. Nesse contexto, aspectos importantes da pessoa, como habilidades, experiências, valores e subjetividade, acabam sendo desconsiderados. A estética, então, passa a funcionar como um parâmetro que define quem é socialmente aceito ou valorizado e quem permanece em posição de desvantagem (Batista, 2023, p. 11).

Em diferentes espaços sociais, como no ambiente de trabalho, a valorização de determinados padrões estéticos pode influenciar decisões e oportunidades. A preferência por certos tipos de aparência pode interferir em processos de contratação, reconhecimento profissional e inclusão social. Pessoas que não correspondem a esses padrões frequentemente enfrentam situações de desvalorização, estigmatização ou exclusão, evidenciando que a estética também pode atuar como mecanismo de diferenciação social (Cardoso, 2025, p. 12).

Na visão de Cardoso (2025), a relação entre capital estético e outras formas de capital contribui para reforçar desigualdades presentes na sociedade. Conforme discutido na teoria de Pierre Bourdieu, os diferentes capitais econômico, cultural, social e simbólico interagem entre si e influenciam as posições ocupadas pelos indivíduos no espaço social. Nesse sentido, alcançar ou manter determinados padrões de aparência geralmente envolve acesso a recursos financeiros, produtos específicos e conhecimentos culturais. Essa condição demonstra que a estética pode funcionar como um elemento que favorece alguns grupos enquanto dificulta a inserção social de outros (Anjos e Ferreira, 2021, p. 601).

Diante dessa realidade, a valorização da aparência não deve ser entendida como um fenômeno neutro. A forma como determinados padrões são promovidos e reproduzidos contribui para fortalecer hierarquias sociais e legitimar diferenças entre indivíduos. Assim, a estética pode ser utilizada como um instrumento simbólico que influencia processos de reconhecimento, distinção e exclusão social. (BATISTA, 2023, p. 16).

Compreender o capital estético e seus possíveis efeitos de desumanização torna-se importante para analisar criticamente as relações sociais. A aparência, além de representar um recurso que pode gerar prestígio, também pode estar associada a práticas de discriminação e desigualdade. Refletir sobre esse tema contribui para ampliar o entendimento sobre como padrões estéticos influenciam a forma como as pessoas são avaliadas e tratadas na sociedade. Ademais, a valorização excessiva da aparência pode reforçar expectativas sociais que excluem indivíduos que não correspondem aos modelos considerados ideais. Esse processo tende a intensificar formas sutis de julgamento e hierarquização social baseadas em critérios estéticos. Nesse sentido, torna-se necessário ampliar o debate acadêmico sobre os impactos sociais desses padrões (Cardoso, 2025, p. 19).

Discriminação Estética e Violência Simbólica

A discriminação estética pode ser compreendida como o tratamento desigual ou a exclusão de indivíduos em razão de características físicas ou da forma como se apresentam socialmente. Essa situação ocorre, principalmente, quando a aparência não corresponde aos padrões de beleza valorizados em determinado contexto social. Tal fenômeno pode ser relacionado ao conceito de violência simbólica desenvolvido por Pierre Bourdieu, que se refere à imposição de normas e valores dominantes que passam a ser aceitos como naturais pelos próprios indivíduos. Nesse processo, certos modelos de beleza são valorizados socialmente, enquanto outras formas de aparência acabam sendo ignoradas ou desvalorizadas (Ferreira, 2025, p. 145).

Nas relações sociais, a discriminação estética pode ocorrer em diversos espaços, como no ambiente de trabalho, nas instituições de ensino, nos meios de comunicação e nas redes sociais. Pessoas que não correspondem aos padrões estéticos predominantes podem enfrentar julgamentos negativos, preconceito ou exclusão. Esse tipo de situação contribui para o fortalecimento das desigualdades sociais, uma vez que indivíduos mais próximos dos padrões considerados ideais

tendem a receber maior reconhecimento e melhores oportunidades (Marinho, 2021, p. 13).

Por outro lado, aqueles que apresentam características físicas diferentes podem ser tratados de maneira injusta, mesmo quando tais características não dependem de escolhas pessoais, como peso corporal, cor da pele ou determinados traços físicos. A relação entre discriminação estética e capital simbólico também merece destaque. Alguns atributos físicos socialmente considerados atraentes podem favorecer o reconhecimento e a aceitação em diferentes contextos sociais. Dessa forma, características vistas como bonitas ou elegantes podem funcionar como vantagens nas interações sociais (Campos e Lima, 2018, p. 55).

Por conseguinte, a violência simbólica manifesta-se de maneira sutil, pois muitas vezes não é percebida por quem a reproduz, embora produza efeitos relevantes na vida das pessoas que vivenciam esse tipo de julgamento. A valorização constante de determinados padrões de beleza contribui para que esses modelos sejam vistos como naturais ou desejáveis. Os meios de comunicação, a publicidade e as redes sociais exercem influência significativa nesse processo ao divulgar repetidamente imagens e estilos corporais considerados ideais. A exposição frequente a essas representações pode interferir na forma como os indivíduos percebem a própria aparência e avaliam a aparência dos outros (Ferreira, 2025, p. 152).

Conforme Marinho (2021), como resultado, características físicas que não correspondem a esses modelos podem ser associadas a avaliações negativas. Também é importante considerar os efeitos sociais e emocionais provocados pela pressão relacionada à aparência. A expectativa de atender a determinados padrões pode gerar insegurança, insatisfação com o próprio corpo e diminuição da autoestima. Em algumas situações, essa pressão leva pessoas a modificar comportamentos, hábitos ou formas de apresentação pessoal com o objetivo de alcançar maior aceitação social (Campos e Lima, 2018, p. 552).

Nesse contexto, torna-se ressaltante compreender que a discriminação estética não se limita a experiências individuais, mas está associada a processos sociais mais amplos. A valorização excessiva da aparência contribui para a manutenção de desigualdades e para a formação de hierarquias baseadas em características físicas. Assim, a reflexão sobre esse tema pode ampliar o debate sobre respeito às diferenças, diversidade e inclusão, favorecendo a construção de relações sociais mais justas (Marinho, 2021, p. 15).

Impactos Sociais, Psicológicos e o Papel da Psicologia na Pressão Estética

A pressão estética, entendida como a expectativa social de que os indivíduos atendam a padrões de beleza específicos, afeta tanto a vida social quanto o bem-estar psicológico. Socialmente, essa pressão reforça normas que valorizam determinadas características físicas, favorecendo indivíduos que se aproximam dos padrões ideais e dificultando a inclusão de outros em ambientes profissionais, educacionais e culturais. Pessoas que não correspondem a esses padrões podem

enfrentar preconceito, exclusão ou menor reconhecimento, impactando diretamente suas relações sociais e oportunidades de inserção (Vidal, 2019, p. 27).

Do ponto de vista psicológico, os efeitos da pressão estética incluem baixa autoestima, insatisfação corporal, ansiedade, estresse e comportamentos prejudiciais relacionados à aparência, como dietas extremas ou procedimentos estéticos invasivos. A internalização de padrões idealizados pode gerar sentimentos de inadequação, fazendo com que os indivíduos se percebam incapazes de atingir esses modelos, mesmo que sejam socialmente construídos e arbitrários (Paulino e Costa, 2025, p. 04).

A interseção entre estética, discriminação e pressão social evidencia que os impactos vão além do indivíduo, afetando grupos e reproduzindo desigualdades. A violência simbólica, associada à valorização excessiva da aparência, reforça hierarquias e incentiva investimentos constantes na estética como forma de obter reconhecimento social. (Barcelos, 2022, p. 11).

Nesse contexto, a psicologia apresenta-se como uma ferramenta essencial para compreender e intervir nos efeitos da pressão estética. O psicólogo pode atuar no acolhimento e na escuta das pessoas afetadas, oferecendo estratégias para desenvolver autoestima, ressignificar a relação com o corpo e reduzir a influência de expectativas sociais rígidas. A atuação psicológica contribui ainda para a promoção do respeito à diversidade e valorização da subjetividade, combatendo processos de desumanização relacionados à aparência (Vidal, 2019, p. 32).

Portanto, integrar a perspectiva psicológica ao estudo da estética e do capital simbólico permite analisar não apenas a dimensão social da aparência, mas também seus efeitos sobre a saúde mental e o comportamento. Essa abordagem amplia a compreensão das relações entre estética, poder e desigualdade, destacando a importância de estratégias interdisciplinares que promovam inclusão, bem-estar e valorização da individualidade (Barcelos, 2022, p. 16).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da estética como forma de capital simbólico evidencia que a aparência exerce papel relevante na organização social, influenciando processos de reconhecimento, distinção e desigualdade. Padrões de beleza valorizados socialmente podem gerar prestígio e legitimidade, enquanto características fora desses padrões podem resultar em exclusão e discriminação, refletindo mecanismos de violência simbólica.

Os impactos sociais e psicológicos da pressão estética demonstram que a valorização excessiva da aparência não se limita ao indivíduo, mas repercute em relações sociais, afetando autoestima, comportamento e oportunidades de inserção. Nesse contexto, a atuação da psicologia torna-se essencial, oferecendo estratégias de acolhimento, escuta e desenvolvimento da autoestima, além de promover ressignificação da relação com o corpo e valorização da diversidade.

Vale ressaltar a importância da atuação da psicologia, que oferece estratégias de acolhimento, escuta e ressignificação da relação com o corpo. O trabalho do psicólogo contribui para reduzir os efeitos da pressão estética, promover a valorização da diversidade e combater processos de desumanização, fortalecendo o bem-estar individual e coletivo.

Concluindo, a estética não se limita à dimensão individual, mas se insere em dinâmicas sociais complexas que interligam aparência, poder, desigualdade e saúde mental. Compreender essas relações possibilita a construção de estratégias que promovam inclusão, respeito à diversidade e reconhecimento da subjetividade, contribuindo para uma sociedade mais justa e equilibrada.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, L. A. FERREIRA, Z.A.B. Saúde estética: impactos emocionais causados pelo padrão de beleza imposto pela sociedade. ID on Line: **Revista de Psicologia**, v. 15, n. 55, p. 595-604, maio 2021. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3093>. Acesso em: 11 mar. 2026.
- BARCELOS, L. B. **Efeitos psicológicos da pressão estética no Brasil: revisão narrativa**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de Uberaba, 22 p., 2022. Disponível em: <https://repositorio.uniube.br/handle/123456789/2042>. Acesso em: 10 mar. 2026.
- BATISTA, C.R.L.S. Uma análise sobre a estética social e o papel do mercado do “bem-estar” no padrão de consumo estético. **Revista Cadernos GEPE**, Recife, v. 5, n. 2, p. 1-17, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/260311>. Acesso em: 11 mar. 2026.
- CAMPOS, P.H.F. LIMA, R.C.P. Capital simbólico, representações sociais, grupos e o campo do reconhecimento. **Revista Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 47, n. 163, p. 540-561, 2018. Disponível em: <https://publicacoesfcc.emnuvens.com.br/cp/article/view/4283>. Acesso em: 11 mar. 2026.
- CARDOSO, P.S.D.B. Campo, habitus e capital simbólico em Watchmen: uma análise da estética política. **Revista Alteridade**, Montes Claros, v. 7, n. 2, p.1-24, 2025. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/alteridade/article/view/9723>. Acesso em: 10 mar. 2026.
- CARVALHO, K.F. Os conceitos de habitus e campo na teoria de Pierre Bourdieu. **Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais**, Araraquara, n. 9, p. 101-114, 2003. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/10510>. Acesso em: 10 mar. 2026.
- FERREIRA, P.G. A discriminação estética da mulher negra. **Revista Jurídica Galha Azul**, v. 1, n. 25, 281 p., 2025. Disponível em: <https://revista.tjpr.jus.br/gralhaazul/article/view/124>. Acesso em: 09 mar. 2026.

JANOWSKI, D.A. **A teoria de Pierre Bourdieu: habitus, campo social e capital cultural.** In: Jornadas de sociología de la universidad nacional de la plata. Ensenada, Argentina. 2014. 11 p. Disponível em: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4639/ev.4639.pdf. Acesso em: 10 mar. 2026.

MARINHO, T.A. Violência simbólica e diversidade cultural: discriminação e preconceito na universidade. **Revista Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 31, n. 2, 19 p., 2021. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/8962>
Acesso em: 11 mar. 2026.

MENDES, L.Z. MUELLER, A. A. **Teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu e a sua aplicação aos estudos regionais.** In: Encontro nacional da associação nacional de pós-graduação e pesquisa em planejamento urbano e regional (ENANPUR), 20., 2023, Belém. Anais [...] Belém: ANPUR, 2023. 23 p. Disponível em: <https://anpur.org.br/wp-content/uploads/2023/05/st11-54.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2026.

PALMA, V.C.L.C.F. PORTUGAL, H.H.A. BARBOSA, C.B. Estigmatização, dominação simbólica e identidade negra no Brasil: entre o processo civilizador e a exclusão estrutural. **Revista ARACÊ**, v. 7, n. 4, 20 p., 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4305>
Acesso em: 10 mar. 2026.

PAULINO, N.L. COSTA, F.L.Á. Impactos psicológicos nas mulheres frente aos ideais de beleza determinados nas mídias sociais. **Revista Mato-Grossense de Saúde**, v. 3, n. 1, 12 p., 2025. Disponível em: <https://revistas.fasipe.com.br/index.php/REMAS/article/view/525>
Acesso em: 09 mar. 2026.

VIDAL, M.I.A. **Corpo, beleza e capital simbólico: reflexões sobre padrões estéticos na sociedade contemporânea.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, p. 1-59, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/58914/3/2019_tcc_miavidal.pdf Acesso em: 11 mar. 2026.



Produzir o Cuidado, Reinventar o Sujeito: Caminhos Éticos em Saúde Mental

Producing Care, Reinventing the Subject: Ethical Pathways in Mental Health

Maria Andresa Navega

UNIFAMESC. ORCID 0009-0009-5469-905X

Letícia Ridolphi Zanon

UNIFAMESC. ORCID 0009-0003-9951-705X

Ana Alice Dias Sabóia Leopoldino

UNIFAMESC. ORCID 0009-0009-6566-7643

Carollyne Barreto Soares

UNIFAMESC. ORCID 0009-0000-6066-3293

Laura Gomes de Aguiar

UNIFAMESC. ORCID 0009-0005-5365-2971

Luiza Santos da Silva

UNIFAMESC. ORCID 0009-0000-0133-2971

Kamilla Silva Oliveira

UNIFAMESC. ORCID 0009-0009-7705-9098

Resumo: O presente trabalho analisa o processo histórico do conceito da loucura e suas transformações no campo da saúde mental, com ênfase na crítica ao modelo manicomial e na construção de práticas orientadas pela ética do cuidado. A partir de revisão bibliográfica, o estudo discute como o sofrimento psíquico foi historicamente objetificado pela psiquiatria tradicional, resultando em práticas centradas na exclusão, na perda de autonomia e na redução do sujeito à doença. Para tanto, apresenta-se o movimento da Reforma Psiquiátrica e o posterior deslocamento do olhar da patologia para o sujeito, considerando sua singularidade, história e inserção social. A análise evidencia que, embora avanços significativos tenham sido alcançados no campo das políticas públicas, especialmente com a consolidação de dispositivos territoriais de atenção psicossocial, ainda persistem práticas e discursos que reproduzem a lógica manicomial. Por fim, o artigo sustenta que a ética do cuidado se constitui como fundamento primordial para a transformação das práticas em saúde mental, ao promover uma escuta que reconheça a singularidade e o fortalecimento dos vínculos entre sujeitos, contribuindo para a construção de uma atenção mais humana, integral e comprometida com a dignidade da pessoa em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: saúde mental; reforma psiquiátrica; ética; cuidado.

Abstract: This study analyzes the historical process of the institutionalization of madness and its transformations within the field of mental health, with an emphasis on the critique of the asylum model and the development of practices guided by an ethics of care. Based on a bibliographic review, the study discusses how psychological suffering has been historically objectified by traditional psychiatry, resulting in practices centered on exclusion, loss of autonomy, and the reduction of the subject to the disease. To this end, the paper presents the Psychiatric Reform movement and the subsequent shift in focus from pathology to the

subject, considering their singularity, life history, and social context. The analysis shows that, although significant advances have been achieved in the field of public policies—especially with the consolidation of territorial psychosocial care services—practices and discourses that reproduce the asylum logic still persist. Finally, the article argues that an ethics of care constitutes a fundamental basis for transforming mental health practices, by promoting a form of listening that recognizes singularity and strengthens relational bonds, thus contributing to the construction of more humane, comprehensive, and ethically committed care for individuals experiencing psychological suffering.

Keywords: mental health; psychiatric reform; ethics; care.

INTRODUÇÃO

A história da saúde mental como campo é marcada por profundas transformações nos modos de compreender e tratar a loucura. Durante séculos, predominou uma perspectiva centrada na exclusão, no isolamento e na objetificação do sofrimento psíquico, consolidada pelo modelo manicomial. Nesse contexto, a loucura foi frequentemente reduzida a uma condição patológica a ser controlada, onde o tratamento verticalizado e “centrado na doença e não nos sujeitos” (Amarante, 2007, p. 27), afastando o sujeito de seus vínculos sociais, de sua autonomia e de seus direitos. Ainda que a Reforma Psiquiátrica tenha promovido avanços significativos na reconfiguração desse cenário, é importante destacar que a chamada lógica manicomial não se restringe às instituições asilares, podendo persistir de forma sutil nas práticas profissionais e nos olhares sociais, quando o cuidado ainda se orienta prioritariamente pela doença e não pelo sujeito.

A Reforma Psiquiátrica emergiu como um movimento ético, político e social que propôs a superação do modelo hospitalocêntrico, inaugurando novas formas de cuidado pautadas na liberdade, na cidadania e na inclusão social (Amarante, 2007). Ao deslocar o foco da doença para o sujeito, esse processo buscou não apenas transformar as práticas em saúde mental, mas também produzir novos lugares sociais para a loucura. Nesse sentido, torna-se fundamental compreender as bases históricas que sustentaram a institucionalização da loucura, bem como os movimentos críticos que possibilitaram sua desconstrução.

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar o processo de institucionalização da loucura pensando os modelos manicomiais e suas transformações a partir da Reforma Psiquiátrica, considerando seus desdobramentos no campo da saúde mental. Nesse sentido, propõe-se compreender um breve percurso histórico da Reforma Psiquiátrica no contexto mundial e brasileiro, evidenciando seus princípios, rupturas e implicações; discutindo criticamente a constituição da loucura e do sofrimento psíquico como objetos de saber, evidenciando os processos de objetificação produzidos ao longo da história; e, por fim, refletir sobre como a ética do cuidado surge como um fundamento para a construção de práticas mais humanas, integrais e comprometidas com a autonomia e singularidade dos sujeitos.

A relevância desta pesquisa, especialmente no âmbito da saúde pública, reside na necessidade de fortalecer práticas que superem modelos reducionistas

e biologizantes, ainda presentes em diferentes contextos de cuidado. Ao problematizar os fundamentos da Reforma Psiquiátrica, o estudo contribui para a consolidação de uma clínica ampliada, que reconhece a complexidade da experiência humana e a influência dos processos históricos, sociais e culturais na produção do sofrimento psíquico. Além disso, a pesquisa dialoga diretamente com a atuação nas políticas públicas de saúde mental, ao reafirmar a importância de práticas éticas comprometidas com os direitos humanos, com a escuta qualificada e com a promoção da autonomia, da cidadania e da inclusão social dos sujeitos em sofrimento psíquico.

A justificativa deste estudo fundamenta-se na necessidade de problematizar a permanência de práticas e discursos que, mesmo após os avanços da Reforma Psiquiátrica, ainda reproduzem formas de exclusão e silenciamento da singularidade das pessoas em sofrimento psíquico. Ao evidenciar as tensões entre o modelo manicomial e as propostas de cuidado psicossocial, pretende-se contribuir para a construção de um olhar crítico e reflexivo sobre as práticas em saúde mental, especialmente no contexto das políticas públicas de saúde.

Espera-se, portanto, que esta pesquisa possibilite uma compreensão ampliada sobre os processos históricos e sociais que constituem a loucura, bem como sobre os desafios na consolidação de práticas de cuidado mais éticas e humanizadas. Além de considerar que o estudo contribui para o fortalecimento de uma atuação profissional comprometida com a singularidade dos sujeitos, com a promoção de sua autonomia e com a transformação das relações sociais que historicamente marcaram a reclusão do dito louco.

Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, desenvolvida por meio de levantamento bibliográfico e revisão de literatura. Foram utilizados livros, artigos científicos e produções acadêmicas relevantes para o campo da temática, a fim de discutir a Reforma Psiquiátrica, a crítica à institucionalização e as possibilidades de cuidado como saída de tratamento atual. A abordagem qualitativa permitiu uma análise aprofundada dos conceitos e das transformações históricas, possibilitando a construção de uma reflexão crítica acerca das práticas e saberes que atravessam o campo da complexidade psíquica e da saúde pública.

Finalmente, este trabalho busca contribuir para a construção de práticas profissionais e desdobramentos sociais que rompam com a lógica manicomial e que afirmam o cuidado como um processo ético e comprometido com a dignidade humana.

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

A psiquiatria tradicional interpretou a loucura como sinônimo de degeneração, alienação e perda da razão ou distúrbio. Nessa perspectiva, o indivíduo considerado louco era visto como incapaz de exercer juízo e discernimento. Michel Foucault (1978) sintetizou essa concepção ao dizer que a loucura era entendida como

“ausência de obra”. A fala da pessoa considerada louca era interpretada apenas como manifestação de sintomas, não sendo reconhecida como discurso legítimo. Nos manicômios, os indivíduos internados frequentemente perdiam seus direitos de cidadania, sendo privados do controle sobre seus bens e sua própria vida. É amplamente reconhecido que, ao longo da história, os hospitais psiquiátricos passaram a funcionar como verdadeiros espaços de confinamento, caracterizando-se frequentemente como locais de segregação social, abandono e isolamento de pessoas consideradas loucas. Os manicômios eram espaços de confinamento, segregação social, abandono e isolamento, marcados por violência institucional e até mesmo morte (Goffman, 1961 *apud* Amarante, 1995). A intervenção médica tradicional reduzia o sujeito à condição de portador de sintoma (Habermas, 1984 *apud* Amarante, 1995).

O processo de institucionalização da loucura e a subsequente Reforma Psiquiátrica mundial tiveram como um de seus principais marcos as ideias de Franco Basaglia na Itália, a partir da década de 1960. Suas práticas nas cidades de Trieste e Gorizia propuseram o rompimento dos muros físicos e culturais dos hospícios, substituindo o isolamento pela reinserção territorial e cultural dos pacientes na comunidade. A abordagem de Basaglia foi recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1973, impulsionando debates globais sobre a desinstitucionalização (Labosque, 2024).

No Brasil, a institucionalização da loucura consolidou-se no século XIX com a criação do primeiro hospital psiquiátrico por D. Pedro II em 1852, sob a influência da psiquiatria francesa e do “tratamento moral”, que visava isolar o sujeito da ordem social. Contudo, na década de 1970, profissionais da saúde mental começaram a denunciar a profunda degradação humana e as condições asilares violentas nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Esse descontentamento gerou o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (1979) e o movimento antimanicomial (1987), que lutavam por uma sociedade sem manicômios e inspirados na Psiquiatria Democrática Italiana (Amarante, 1995).

O marco legislativo decisivo para a mudança desse paradigma foi a aprovação da Lei nº 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado), após 12 anos de tramitação no Congresso. A Lei nº 10.216/2001 regulamentou a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial para o tratamento em liberdade, preferencialmente em serviços comunitários. A diretriz principal estabelecida foi a de que a internação psiquiátrica só deve ocorrer quando o tratamento fora do ambiente hospitalar se mostrar comprovadamente ineficaz (Brasil, 2001).

A noção de cuidado psicossocial busca promover uma abordagem que considere o sujeito em sua totalidade e complexidade. Portanto, consiste na construção de um novo lugar social para a loucura, o que implica transformar profundamente as práticas da psiquiatria tradicional e também as formas pelas quais diferentes instituições sociais se relacionam com esses sujeitos.

Essa transformação pressupõe proporcionar um cuidado mais qualificado, solidário e humanizado às pessoas em sofrimento psíquico (Birman, 1992 *apud*

Labosque, 2024). Trata-se, então, de um processo voltado para intervir nas relações estabelecidas historicamente entre sociedade e loucura, buscando transformá-las. O que ocorre tanto por meio da implementação de práticas que combatem processos de exclusão quanto através da criação de estratégias voltadas à inclusão social dos indivíduos.

Após a promulgação da lei 10.216/2001, para substituir o modelo hospitalocêntrico, o Brasil estruturou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo como principais dispositivos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses centros são serviços de saúde de caráter aberto, com equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar para promover a reabilitação psicossocial e manter os laços familiares e comunitários. Além dos CAPS, a rede conta com Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) para egressos de longas internações e programas como o “De Volta para Casa” (Ministério da Saúde, 2011; Ministério da Saúde, 2004).

Entretanto, a desinstitucionalização de quem havia permanecido em internações psiquiátricas durante anos, permaneceu como conceito em disputa entre os profissionais da área. No Brasil ainda vemos persistir uma lógica de cuidado muitas vezes focada apenas na “desospitalização” e não na mudança real de paradigma. Além disso, fragilidades como o subfinanciamento e a escassez de CAPS III (serviços 24 horas) sobrecarregam hospitais gerais e psiquiátricos, mantendo vivo o modelo tradicional (Labosque, 2024).

Para que a mudança citada se consolide como se espera, faz-se necessário situar o conceito de território, extremamente relevante na atuação dos novos paradigmas, e não se limita a uma delimitação geográfica, como bairro ou região da cidade, mas refere-se, sobretudo, ao espaço social no qual são construídas referências simbólicas, redes de relações e códigos de convivência social. Nesse sentido, por meio de políticas públicas de saúde, a Reforma Psiquiátrica busca consolidar uma rede territorial diversificada de atenção à saúde mental, com o objetivo de atender diferentes níveis de complexidade das demandas psiquiátricas, desde problemas mais leves até quadros mais graves, considerando as necessidades específicas de cada pessoa. Inclui desde a atenção básica, composta por equipes de saúde da família, unidades básicas de saúde e ambulatórios, até a existência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, serviços substitutivos de atenção psicossocial, residências assistidas, diferentes modalidades de moradia e acolhimento, cooperativas sociais de trabalho e projetos socioculturais e artísticos. Essa rede pode oferecer múltiplos dispositivos assistenciais que ultrapassam o tratamento estrito da doença mental, voltando-se para o cuidado integral do sujeito.

A compreensão atual, trata-se, portanto, de produzir, então, novos lugares sociais para pessoas em sofrimento psíquico, a fim de superar estigmas e exclusões e repensar a lógica do tratamento e do cuidado.

DA OBJETIFICAÇÃO DA DOENÇA À ESCUTA DO SUJEITO

Ao construir a ideia da Reforma Psiquiátrica como uma nova ética de tratamento, inaugura-se no campo da saúde mental a compreensão mais complexa do que é o cuidado, e exige revisitar o processo histórico por meio do qual a loucura foi constituída como objeto de saber e intervenção. A partir de Michel Foucault (1961/2019) há um momento fundamental nesse debate, visto que tanto a doença mental quanto a própria psiquiatria são construções historicamente situadas. Paulo Amarante (1996) considera que há um passo decisivo para desmontar a ideia de que a loucura sempre foi compreendida da mesma maneira, mostrando que “nem a doença mental nem a psiquiatria existiram desde sempre, mas que são objeto e saber datados historicamente” (Amarante, 1996, p.32). Com isso, evidencia-se que aquilo que hoje se apresenta como verdade científica resulta de processos históricos, sociais e institucionais específicos.

Essa compreensão permite problematizar o modo como a ciência moderna estruturou sua relação com o fenômeno da loucura. No projeto científico moderno, parte-se do princípio de que o sujeito do conhecimento, guiado pela razão e situado em posição de neutralidade, seria capaz de observar a realidade de forma objetiva (Canguilhem, 2009). Distanciando-se do objeto e evitando implicações subjetivas, o método científico garantiria as condições de produção de verdades universais. No campo da psiquiatria, tal perspectiva conduziu à objetivação do sofrimento psíquico, transformando-o em objeto classificável e passível de categorização diagnóstica, como caracterizado na seção anterior.

Considerando o modelo hospitalocêntrico, o próprio funcionamento institucional se tornou fundamental para o tratamento: o isolamento, a separação entre enfermidades e a organização disciplinar do espaço eram instrumentos necessários à cura. Para Goffman (2001), o totalitarismo das instituições asilares e hospitalocêntricas retira do sujeito aquilo que torna o “eu” uma singularidade, criando uma hegemonia do comportamento do excluído. O dispositivo institucional do manicômio não apenas organizava o tratamento, mas também produzia determinadas formas de experiência da loucura. Segundo Kunke (2009), a partir da leitura de Goffman (2001), “o caráter total da instituição age sobre o internado de maneira que o seu eu passa por transformações dramáticas do ponto de vista pessoal e do seu papel social.” Considerando a realidade do hospital psiquiátrico, quando o sujeito chega à internação, ele sofre um processo de “mortificação do eu” que suprime a “concepção de si mesmo” e a “cultura aparente” que traz consigo, constituídas na vida familiar e social, que, por vezes, é uma realidade psíquica rejeitada por outros. (p.43)

A vivência do sujeito considerado louco não permanece inalterada diante da reclusão, ela é profundamente transformada pelas práticas institucionais, pelos saberes técnicos e pelos modos de lidar com o sofrimento psíquico. Foucault (1961) chama atenção para esse fenômeno ao discutir as experiências clínicas conduzidas por Charcot, nas quais as crises históricas não eram apenas observadas, mas também produzidas no interior do próprio dispositivo clínico que as tornava

possíveis. A loucura não pode ser compreendida apenas como fenômeno natural a ser descoberto, mas também como realidade que se constitui nas relações institucionais e nos modos de olhar que a tornam inteligível.

A crítica a esse modelo ganha força com as novas perspectivas em torno do sofrimento psíquico. Em vez de tratar a loucura como objeto abstrato de classificação, passa-se a interrogar as condições concretas de vida das pessoas que foram historicamente confinadas nas instituições psiquiátricas.

Nesse sentido, torna-se evidente que a realidade do manicômio ultrapassa qualquer possibilidade de solução exclusivamente técnica. A violência institucional, a exclusão social e a perda de direitos vivenciados pelos sujeitos internados revelam que o problema da loucura não pode ser reduzido a uma questão médica. Como ressalta Amarante (1996, p. 41), “a realidade do manicômio é extremamente dramática para permitir a ilusão de que a solução esteja restrita, tão somente, a uma resposta técnica”. O manicômio aparece como espaço social destinado a abrigar aqueles com quem a sociedade não sabe ou não deseja conviver.

Diante desse cenário, a crítica à instituição psiquiátrica aparece como aliada da possibilidade de outra alternativa de tratamento. Amarante (1996) descreve esse movimento como um processo de desconstrução. Segundo o autor, desconstruir significa fazer cair uma estrutura para tornar visíveis suas bases e seus fundamentos. Trata-se de um gesto que, ao mesmo tempo, questiona e revela os mecanismos que sustentam determinado sistema de saber. Assim, “desmonta-se uma edificação, um artefato, para fazer aparecer as estruturas, as nervuras ou o esqueleto” (Amarante, 1996, p.53), constituindo um movimento que não se reduz a uma crítica negativa, mas que também carrega uma dimensão afirmativa.

No campo da saúde mental, esse movimento conduz ao princípio de colocar a doença mental “entre parênteses”. Essa operação não implica negar a existência do sofrimento psíquico, mas suspender a centralidade do saber psiquiátrico que pretende explicá-lo de forma exclusiva e vertical (Amarante, 2007). Em vez de colocar o sujeito entre parênteses para estudar a doença, como historicamente fez a psiquiatria, propõe-se uma inversão: suspender o conceito de doença mental para voltar a atenção ao sujeito que vive essa experiência. Como afirma Amarante (1996, p. 43), trata-se de deslocar o olhar “não para a doença mental como conceito psiquiátrico, mas para tudo aquilo que se construiu em torno dela”.

Essa inversão permite afastar as superestruturas produzidas tanto pela institucionalização manicomial quanto pela rotulação social que acompanha o diagnóstico psiquiátrico. Ao suspender o saber que pretende definir a loucura, torna-se possível voltar a atenção para a experiência do sujeito e para as condições sociais que participam da produção de seu sofrimento. Assim, quando se considera a prática pautada no olhar que suspende a patologia, há a articulação necessária à criação da autonomia do sujeito. Visto que “não haveria uma autonomia pronta a priori para todos, nem para qualquer situação” (Onocko-Campos, 2019). Ela é construída em um contexto possível para tanto, a partir da facilitação das relações. Posto assim, a escuta do que é singular de cada um faz o tensionamento entre o biológico e o histórico. O que significa afirmar um desafio: o fim dos hospitais

psiquiátricos não garante uma condução antimanicomial, já que há um fazer e uma lógica que possa perpetuar atributos da exclusão e da patologização do sujeito que descentralize a autonomia e singularidade.

Para tanto, Silva (2023) aposta que a orientação da política do cuidado em saúde se dá através de uma abertura radical ao outro, onde aparecem recursos que a experiência subjetiva singular de cada um seja a direção para viabilizar o cuidado e autonomia autêntica.

ÉTICA DO CUIDADO COMO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

A partir do exposto, faz-se necessário o desdobramento do que é o cuidado e de sua inferência na prática das políticas de saúde mental. A natureza da palavra “cuidado” deriva do latim *cura*, remetendo o seu entendimento ao ato de zelar, demonstrar interesse e de se responsabilizar pela existência de alguém (Boff, 1994, p.91). O cuidado pode ser compreendido como um elemento constitutivo da própria existência humana, não sendo uma dimensão acessória ou independente, mas o que possibilita a sua experiência de ser e de se desenvolver no mundo (Boff, 1994, p.95). Desta forma, sem o cuidado, não é possível construir a experiência humana, pois é por meio dele que se estabelecem vínculos, se constroem relações e se sustenta a própria vida.

Nesta direção, a ética emerge como uma proposta de reorganização moral centrada nas relações e na responsabilidade para com o outro. Conforme discute Fabienne Brugère (2023), essa perspectiva reconhece que os seres humanos são essencialmente interdependentes, tornando as relações de cuidado ao longo da vida necessárias. No entanto, tal perspectiva tem sido cada vez mais desvalorizada, apesar de ser fundamental para a organização da vida em sociedade. A ética do cuidado propõe a valorização da atenção, da escuta e a responsabilidade como princípios estruturantes das práticas sociais.

No campo da saúde mental, essa perspectiva possui mais destaque em sua importância. Quando se coloca a doença de lado, o olhar deixa de ser técnico e clínico para se voltar ao sujeito em sua totalidade, levando em consideração sua história de vida e contexto social. Com isso, a ênfase não recai mais apenas sobre o processo de cura da patologia, mas sobre a construção de possibilidades de vida, a produção de saúde e a reprodução social do sujeito, considerando sua inserção no mundo e suas condições de existência (Amarante, 1996, p.97).

Esse pensamento é aprofundado na ideia de desinstitucionalização, criada por Franco Basaglia (1960), tecendo uma crítica às formas tradicionais de tratamento psiquiátrico centradas na exclusão e na redução do sujeito à doença. Basaglia compreende que a saúde mental não pode ser explicada e tratada apenas a partir de uma perspectiva científica e psiquiátrica, mas deve envolver dimensões técnicas, sociais, normativas e existenciais. Dessa forma, o cuidado é trazido para um caminho que abrange a vida do sujeito, reconhecendo que sua experiência não se limita a sintomas, mas envolve história, relações e cultura.

Dessa forma, o sujeito deixa de ser visto como um problema a ser resolvido ou como um conjunto de sinais e sintomas, passando a ser reconhecido como um sujeito singular, dotado de autonomia e de uma trajetória própria (Amarante, 1996, p. 95). A mudança desconstrói uma lógica meramente clínica, abrindo espaço para uma compreensão mais ampla e multifacetada sobre o sujeito. O cuidado passa a se orientar pela integralidade, buscando compreender e acolher as diferentes dimensões que compõem a experiência humana.

As experiências de desinstitucionalização, na visão de Basaglia, não ocorrem através de modelos prontos, mas por processos cotidianos, marcados por experimentações e pelo surgimento de novos saberes. Esses saberes só podem ser compreendidos posteriormente, a partir dos efeitos produzidos pelas mudanças. Isso revela o caráter processual e aberto dessas práticas, que se constroem em diálogo com a realidade e com os sujeitos envolvidos.

Nesse intuito, torna-se necessário criar novas formas de cuidado, como centros territoriais de saúde mental e moradias inseridas na comunidade, que possibilitem a participação social e a construção de autonomia junto ao cuidado da saúde. O espaço antes destinado à exclusão passa a se constituir como um ambiente de sociabilidade, subjetividade e novos modos de existência. Ao deslocar o foco da doença para o sujeito e ao considerar a integralidade de suas experiências, o cuidado se torna uma prática que promove dignidade, respeito e possibilidades reais de vida, configurando-se não apenas como intervenção técnica, mas como produção ética, social e política da existência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transformação da loucura de “ausência de obra” em uma experiência subjetiva digna de escuta permite afirmar que a Reforma Psiquiátrica não se resume ao fechamento das grades físicas, mas exige uma transformação mais profunda nas maneiras de compreensão e de lidar com a loucura. O problema inicial de pesquisa encontra sua resposta no deslocamento do olhar da doença como um objeto para o sujeito e a sua experiência. Somente, então, quando a mudança atinge a lógica do cuidado, é que a desinstitucionalização efetiva ocorre.

Os principais achados deste trabalho revelam que o modelo tradicional produziu exclusão, apagamento da singularidade e perda de autonomia. Em contrapartida, as práticas orientadas pela Reforma mostram que o cuidado em liberdade territorial e relacional amplia as possibilidades de existência do sujeito em sofrimento psíquico. Assim, ao suspender a doença, abre-se um espaço para escuta autêntica, reconhecimento da história de vida do sujeito e a construção de sua autonomia no dia a dia das relações.

A análise realizada prova que o cuidado psicossocial e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são ferramentas indispensáveis no processo de resistência, mas que elas ainda funcionam sob bastante tensão. Isso se dá através do entendimento de que não basta substituir os manicômios por CAPS se as lógicas da

medicalização excessiva e da exclusão ainda persistirem nas práticas cotidianas. A principal contribuição deste trabalho reside em reafirmar o cuidado como postura política e ética, que acontece no território e nos laços que são construídos.

Entretanto, entende-se que esta discussão enfrenta limites visíveis. O cenário atual de “contrarreforma” e o sucateamento progressivo da RAPS ameaçam os avanços uma vez conquistados e dificultam a expansão de serviços essenciais. A insistência de modelos asilares mascarados de comunidades terapêuticas mostra que a luta antimanicomial é um processo inacabado e permanentemente tensionado por interesses operados na contramão dos direitos humanos. Esses retrocessos apenas evidenciam que o desmonte das políticas públicas não é apenas por questões orçamentárias, mas um projeto que tenta resgatar a lógica segregacionista do hospício em novas roupagens (Onocko-Campos, 2019).

Por fim, a Reforma Psiquiátrica não se encerra como um processo concluído, mas sim como uma construção contínua de atenção ao sofrimento alheio. O desafio que permanece é sustentar uma lógica que não reproduza a exclusão que se busca superar e conviver com a diferença sem silenciá-la. Ao centralizar o eixo do cuidado e da cidadania e suspender o discurso da cura, abrem-se caminhos para que o sujeito deixe de ser rotulado pelo seu diagnóstico e passe a ser definido pela sua história e seus afetos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. (org.). **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação permanente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/prmpv/pdf/amarante-9788575413272.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2026.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 21 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRUGÈRE, F. **A ética do cuidado**. Tradução de Ercilene Vita. São Paulo: Editora Contracorrente, 2023.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Reforma psiquiátrica: um novo lugar social para a loucura**. Disponível em: <https://ideiasus.fiocruz.br/postagem/reforma-psiquiatica-um-novo-lugar-social-para-a-loucura/>. Acesso em: 29 mar. 2026.

FILHO, P. O. *et al.* **Reforma Psiquiátrica Brasileira: argumentos críticos de profissionais de hospitais psiquiátricos**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 33, n. 4, 2024. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2024.v33n4/e230507pt/pt/>. Acesso em: 29 mar. 2026.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

LABOSQUE, A. M. **Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cgtCW3KynPmWtjQ3qGKmtvP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2026.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. **Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n11/e00156119/pt/?utm_source=researcher_app&utm_medium=referral&utm_campaign=RESR_MRKT_Researcher_inbound#. Acesso em: 14 mar. 2026.

SILVA, M. K. **Problemáticas do cuidado: A primazia da alteridade como matriz de inteligibilidade da psicanálise e suas consequências clínicas, éticas e políticas para o cuidado em saúde**. Belo Horizonte. 213 p., 2023. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais.



Envelhecimento e Psicopatologia: Uma Leitura Psicanalítica do Sofrimento Psíquico na Cultura Contemporânea

Aging and Psychopathology: A Psychoanalytic Reading of Psychic Suffering in Contemporary Culture

Alda Maria Castro Seródio

Discente do curso de Psicologia no Centro Universitário Famesc.

Livia Ayummi Cocchiararo Fraga Bernardes

Discente do curso de Psicologia no Centro Universitário Famesc.

Laura Malaquias Peçanha

Discente do curso de Psicologia no Centro Universitário Famesc.

Nélia da Fonseca Pinto Ferreira

Docente do curso de Psicologia no Centro Universitário Famesc.

Resumo: Neste capítulo, buscamos compreender como a cultura contemporânea influencia a forma como o envelhecimento é vivido e como o sofrimento psíquico se manifesta na velhice. Partimos da ideia de que envelhecer não é apenas um processo biológico, mas uma experiência atravessada por valores sociais, como a valorização da juventude, da produtividade e do desempenho. Ao longo da discussão, mostramos que esses ideais podem contribuir para a desvalorização simbólica da pessoa idosa, afetando sua forma de se perceber e de lidar com suas próprias experiências. Utilizamos a psicanálise como referencial teórico para analisar esse processo, considerando que o sofrimento psíquico não se explica apenas por fatores individuais, mas também pela relação entre a história do sujeito e os discursos sociais. A partir disso, discutimos como experiências comuns do envelhecimento, como perdas, mudanças corporais e transformações nos papéis sociais, podem intensificar conflitos psíquicos. Por fim, destacamos a importância de olhar para o envelhecimento de forma mais sensível e contextualizada, evitando interpretações reducionistas e reconhecendo a singularidade de cada sujeito.

Palavras-chave: envelhecimento; sofrimento psíquico; psicanálise; cultura contemporânea; velhice.

Abstract: In this chapter, we seek to understand how contemporary culture influences the way aging is experienced and how psychological distress manifests in old age. We start from the idea that aging is not merely a biological process, but an experience shaped by social values, such as the emphasis on youth, productivity, and performance. Throughout the discussion, we show that these ideals may contribute to the symbolic devaluation of older individuals, affecting how they perceive themselves and cope with their own experiences. Psychoanalysis is used as the theoretical framework to analyze this process, considering that psychological distress cannot be explained solely by individual factors, but also by the relationship between the subject's history and social discourses. Based on this perspective, we discuss how common experiences of aging, such as losses, bodily changes, and transformations in social roles, may intensify psychological conflicts. Finally, we highlight the importance of approaching aging in a more sensitive and contextualized manner, avoiding reductionist interpretations and recognizing the uniqueness of each individual.

Keywords: aging; psychological distress; psychoanalysis; contemporary culture; old age.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tem se intensificado nas últimas décadas e se tornou um dos fenômenos mais marcantes das sociedades contemporâneas (Camargo *et al.*, 2024; OMS, 2021). Esse cenário tem mobilizado diferentes áreas do conhecimento, especialmente a saúde, a psicologia e as ciências humanas, na tentativa de compreender as mudanças biológicas associadas à idade, e os sentidos sociais e subjetivos atribuídos à velhice. Em uma cultura que privilegia a produtividade, a performance e a aparência juvenil, envelhecer frequentemente passa a ser associado à perda, à invisibilidade e à diminuição do valor social.

Inserido nesse contexto, o envelhecimento não pode ser compreendido apenas como um processo natural do ciclo da vida, mas como uma experiência atravessada por expectativas sociais e por formas específicas de reconhecimento (Oliveira; Silva, 2025). A maneira como a velhice é vista e tratada interfere diretamente na forma como o sujeito idoso se percebe e elabora suas próprias vivências. Assim, o sofrimento psíquico na velhice não se limita a fatores individuais, mas na relação entre o sujeito e o lugar que lhe é atribuído na cultura (Zanatta *et al.*, 2021).

Diante disso, este estudo parte da seguinte questão: de que modo a cultura contemporânea participa da produção e da interpretação das manifestações psicopatológicas no envelhecimento? Essa questão ganha relevância quando analisada à luz da psicanálise, que compreende o sofrimento psíquico como um processo constituído na relação entre a história do sujeito e os discursos sociais.

O aumento da expectativa de vida já é documentado por organismos como a Organização Mundial da Saúde. No entanto, esse crescimento não foi acompanhado, na mesma medida, por uma transformação nas formas de compreender e acolher a velhice. Com isso, existe um aumento constante das demandas relacionadas à saúde mental, ao cuidado e à qualidade de vida da pessoa idosa, ao mesmo tempo em que persistem visões reducionistas que associam o envelhecimento exclusivamente ao declínio.

Mesmo com o avanço das pesquisas na área, ainda são limitadas as discussões que analisam de forma mais aprofundada o papel dos discursos culturais na construção do sofrimento psíquico na velhice. Muitas experiências próprias desse período acabam sendo interpretadas como patológicas sem que se considere o contexto em que se produzem, o que contribui para processos de silenciamento e desvalorização do sujeito idoso.

Nesse sentido, a psicanálise oferece um referencial importante para pensar o envelhecimento a partir da singularidade de cada sujeito. Ao considerar dimensões como o desejo, o corpo, a história e a relação com a finitude, essa perspectiva permite compreender o sofrimento psíquico para além de classificações normativas, abrindo espaço para uma escuta mais sensível e contextualizada.

Assim, este capítulo propõe refletir sobre a relação entre envelhecimento e psicopatologia, buscando compreender como os processos de envelhecer podem mobilizar conflitos psíquicos e intensificar experiências de desamparo. Também buscamos discutir o lugar social da velhice e os efeitos simbólicos dessa posição na constituição do sofrimento, articulando aspectos subjetivos e culturais na análise desse fenômeno.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O envelhecimento emerge como um fenômeno complexo, que atravessa múltiplas dimensões da experiência humana. Nesse contexto, o crescimento expressivo da população idosa tem ampliado o interesse acadêmico em compreender não apenas as transformações associadas ao avanço da idade, mas também as condições históricas e culturais que moldam a forma como a velhice é vivida e significada socialmente.

Assim, esta fundamentação teórica apresenta discussões sobre o processo de envelhecimento na sociedade contemporânea, a relação entre cultura e psicopatologia e as contribuições da psicanálise para o entendimento da subjetividade na terceira idade. Tais elementos influenciam diretamente a maneira como o envelhecimento é percebido na sociedade e contribuem para a construção de sentidos atribuídos à experiência da velhice.

O Envelhecimento na Sociedade Contemporânea

O envelhecimento é um processo natural e contínuo, envolvendo mudanças biopsicossociais ao longo do ciclo de vida. Esse processo abrange transformações físicas, psicológicas e sociais que ocorrem ao longo da trajetória humana (Neri, 2015). Nessa perspectiva, a velhice não pode ser compreendida apenas como um processo biológico, pois envolve também aspectos sociais, históricos e culturais que influenciam a forma como a velhice é vivida e interpretada na sociedade (Beauvoir, 1990).

Dessa forma, compreender o envelhecimento implica considerar não apenas as alterações orgânicas relacionadas ao avanço da idade, mas também as condições sociais e simbólicas que condicionam a forma como essa etapa da vida é experienciada.

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional tem se intensificado rapidamente. Esse fenômeno está correlacionado principalmente ao aumento da expectativa de vida e à redução das taxas de natalidade, fatores que contribuem para o processo de envelhecimento populacional. Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020, o número de pessoas com 60 anos ou mais superou o de crianças menores de 5 anos, configurando um dos principais desafios sociais, econômicos e de saúde pública da contemporaneidade.

Apesar do crescimento significativo da população idosa, a velhice ainda é frequentemente atravessada por representações sociais negativas. Em muitas

sociedades, o idoso tende a ser associado à perda de utilidade social e à marginalização simbólica (Bosi, 1994). Em uma cultura marcada pela exaltação da juventude, da produtividade e do desempenho, o envelhecimento é constantemente associado ao declínio, à improdutividade e à perda.

Além disso, o aumento da população idosa impacta a organização social e econômica, especialmente no que se refere à redução da força de trabalho ativa e à necessidade de adaptações nas políticas de previdência e nos sistemas de assistência social. Nesse contexto, as representações sociais do envelhecimento não apenas influenciam a posição do idoso na sociedade, mas também atravessam a forma como o sofrimento psíquico na velhice é interpretado e nomeado, aspecto que se torna particularmente relevante quando analisado a partir de uma perspectiva psicanalítica.

Cultura Contemporânea e Ideal de Juventude

A sociedade contemporânea tem sido descrita como um contexto marcado por intensas dinâmicas de consumo e constante renovação de valores sociais (Bauman, 2001). Nesse cenário, a valorização da juventude, da produtividade e da performance passa a ocupar lugar central na organização do reconhecimento social. Como observa Birman (2006), tais exigências atravessam também a constituição da subjetividade contemporânea, produzindo formas específicas de sofrimento psíquico.

Nesse contexto, as representações sociais da velhice são historicamente construídas e refletem os valores predominantes de cada contexto cultural. O envelhecimento frequentemente aparece como um elemento dissonante em relação aos ideais culturais predominantes. Conforme aponta Beauvoir (1990), a velhice frequentemente ocupa um lugar de invisibilidade social, sendo associada à perda de valor e à marginalização simbólica do sujeito idoso.

Essa perspectiva torna-se ainda mais significativa quando considerada à luz das transformações culturais da contemporaneidade, nas quais, como argumenta Bauman (2001), a lógica do consumo privilegia a juventude e a constante renovação. Como consequência, experiências associadas à fragilidade, à dependência ou à finitude tendem a ocupar posições socialmente desvalorizadas.

Diante desse cenário, a psicanálise apresenta uma perspectiva singular para compreender o sofrimento psíquico associado ao envelhecimento, ao considerar a relação do sujeito com o corpo, o desejo e a finitude. Desde as ideias clássicas de Sigmund Freud, o sofrimento psíquico é entendido como resultado de conflitos que atravessam a experiência subjetiva. No cenário atual, como observa Birman (2006), tais conflitos são também atravessados pelas exigências culturais de desempenho e reconhecimento social.

Essas narrativas culturais não apenas estruturam as percepções sociais sobre a velhice, mas também atravessam a experiência subjetiva do envelhecer. Quando a cultura enfatiza a juventude, a autonomia e a produtividade, o processo de envelhecer pode ser vivenciado como uma perda de reconhecimento social, o que pode intensificar experiências de sofrimento psíquico nessa etapa da vida.

Psicopatologia e Sofrimento Psíquico na Velhice

O sofrimento psíquico na terceira idade não deve ser compreendido apenas por meio de um olhar puramente biomédico ou individualista. As vivências subjetivas associadas ao envelhecer estão profundamente atravessadas por mudanças físicas, alterações nos papéis sociais e pelas representações sociais que moldam a maneira como a velhice é percebida na sociedade.

Dessa maneira, as manifestações do sofrimento psíquico nessa fase da vida devem ser investigadas considerando tanto os processos subjetivos quanto os contextos socioculturais nos quais o sujeito se encontra. Além disso, o envelhecimento pode envolver diversas experiências de perda e transformação, incluindo alterações corporais, reestruturação de vínculos sociais e mudanças nos papéis desempenhados ao longo da vida.

Tais processos podem mobilizar conflitos psíquicos e exigir do sujeito novas formas de elaboração e adaptação (Neri, 2015). A partir da perspectiva psicanalítica, percebe-se que as manifestações de sofrimento psíquico podem ser compreendidas à luz dos conflitos que atravessam a experiência subjetiva do sujeito. Em seu estudo clássico sobre o luto e a melancolia, Freud aponta que determinadas experiências de perda podem mobilizar intensos processos psíquicos, influenciando a relação do sujeito com o mundo e consigo mesmo (Freud, 1917).

No contexto contemporâneo, tais experiências de sofrimento podem se intensificar pelas exigências culturais que valorizam a juventude, a autonomia e a produtividade. Quando o processo de envelhecer é percebido socialmente como perda de valor ou declínio, o sujeito idoso pode experimentar sentimentos de invisibilidade, discriminação, exclusão ou desvalorização simbólica.

Portanto, a psicanálise, nesse sentido, oferece importantes ferramentas teóricas para compreender as manifestações de sofrimento psíquico na velhice, ao considerar a singularidade da experiência subjetiva e os conflitos que atravessam a relação do sujeito com o corpo, o desejo e a finitude.

Contribuições da Psicanálise

A psicanálise oferece importantes orientações para a compreensão do sofrimento psíquico na velhice, ao destacar a singularidade da experiência subjetiva. Diferentemente de abordagens que compreendem o sofrimento apenas por fatores biológicos ou normativos, a perspectiva psicanalítica considera a história do sujeito, seus conflitos inconscientes e as formas singulares de elaboração das experiências ao longo da vida.

Desde suas formulações iniciais, Freud evidenciou que o sofrimento psíquico não deveria ser compreendido apenas a partir de fatores externos ou biológicos, mas envolve processos inconscientes que atravessam o cerne do sujeito. Sob esse viés, os sintomas são entendidos como formações psíquicas que representam conflitos internos e modos particulares de lidar com experiências de perda, desejo e frustração.

A partir dessas discussões, observa-se que a velhice não pode ser reduzida a um conjunto homogêneo de características ou limitações. Cada ser humano vivencia o processo de envelhecer de maneira subjetiva, de acordo com sua história, seus vínculos e suas formas de elaboração psíquica. Assim, a psicanálise possibilita uma leitura mais sensível e complexa das manifestações de sofrimento na velhice, evitando o reducionismo ou a patologização excessiva.

Dessa forma, a visão psicanalítica permite compreender o envelhecimento para além de uma perspectiva puramente biológica ou normativa, destacando a importância da subjetividade, da história do sujeito e das condições culturais que atravessam essa etapa da vida. Tal abordagem oferece um importante referencial teórico para compreender essas experiências, ao considerar a singularidade da história do sujeito, seus conflitos inconscientes e as formas de elaboração psíquica diante das transformações do envelhecer.

Leitura Psicanalítica do Sofrimento Psíquico na Velhice

Sob a perspectiva psicanalítica, o sofrimento psíquico na velhice não pode ser reduzido às condições objetivas do envelhecimento, mas deve levar em conta os processos inconscientes que atravessam a experiência do sujeito. Nesse sentido, o envelhecer coloca o homem diante de questões estruturais da existência, como a finitude, a perda e a reformulação de sua identidade.

O avanço da idade traz transformações corporais que podem ser vividas como uma ruptura em relação à imagem idealizada de si. Sob a ótica freudiana, essa experiência pode ser compreendida como uma ferida narcísica, uma vez que o investimento libidinal no eu encontra limites diante das transformações que o tempo impõe (Freud, 1914).

Além disso, o envelhecimento mobiliza perdas simbólicas e concretas, como a diminuição de papéis sociais e a reconfiguração dos vínculos. Essas experiências podem reativar vivências de desamparo, conceito central na teoria psicanalítica, que remete à condição estrutural de dependência do sujeito em relação ao outro (Freud, 1926).

Nesse contexto, o processo de envelhecer pode ser compreendido como um momento de intensificação do trabalho psíquico. Segundo Freud (1917), toda perda exige um processo de elaboração no qual o sujeito precisa reorganizar seus investimentos afetivos; quando esse processo encontra impasses, é possível que o sofrimento se intensifique.

A partir da contribuição de Lacan, é possível avançar na compreensão dessas experiências ao considerar que o sujeito é constituído na linguagem e atravessado pela falta. Nesse sentido, o envelhecimento pode colocar em evidência a dimensão da falta estrutural, uma vez que confronta o sujeito com os limites do corpo, do tempo e do ideal de completude (Lacan, 1998).

A cultura contemporânea, ao privilegiar a juventude, a produtividade e a autonomia, reforça ideais que entram em conflito com a experiência do envelhecer. Nessa perspectiva, o sujeito pode vivenciar uma perda de lugar no campo do

Outro, conceito lacaniano que se refere ao espaço simbólico de reconhecimento e pertencimento (Lacan, 1998).

Dessa forma, o sofrimento psíquico na velhice pode ser compreendido como efeito da tensão entre a singularidade do sujeito e as exigências culturais. A psicanálise permite evidenciar que tais experiências não são universais, mas dependem da forma como cada sujeito elabora suas perdas, sua história e sua relação com o desejo. Assim, ainda que o corpo envelheça, o sujeito do inconsciente permanece atravessado pelo desejo. Sob essa perspectiva, a velhice não representa o esgotamento da vida psíquica, mas uma reconfiguração de suas possibilidades, na qual o sujeito pode produzir novos sentidos para sua existência.

METODOLOGIA

Este capítulo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, embasada em revisão bibliográfica. A escolha dessa abordagem se justifica pela necessidade de uma compreensão mais aprofundada dos aspectos subjetivos do envelhecimento e do sofrimento psíquico na cultura contemporânea.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir da análise de obras clássicas e contemporâneas nas áreas da psicologia, da psicanálise e das ciências humanas. Foram selecionados autores que discutem o envelhecimento, a subjetividade, a cultura e a psicopatologia: Freud, Beauvoir, Bauman, Birman, Neri e Bosi.

Os critérios de inclusão das fontes consideraram a relevância teórica, a relação com o tema proposto e a contribuição para a compreensão da interface entre envelhecimento e sofrimento psíquico. Também foram utilizados artigos científicos disponíveis em bases de dados acadêmicas, ampliando o diálogo com produções recentes.

Análise do material foi realizada sob uma perspectiva interpretativa, buscando articular os referenciais teóricos da psicanálise com as transformações culturais da contemporaneidade. Assim, procurou-se compreender como os discursos sociais influenciam a construção e a manifestação do sofrimento psíquico na velhice.

Por último, este estudo não envolve pesquisa com participantes, sendo baseado apenas em fontes secundárias. Portanto, não houve necessidade de submissão a um comitê de ética, conforme as diretrizes para pesquisas bibliográficas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo analisou a relação entre envelhecimento e psicopatologia a partir de uma perspectiva psicanalítica, evidenciando que o sofrimento psíquico na velhice não pode ser compreendido de forma isolada dos contextos sociais e culturais contemporâneos. Observou-se que os ideais de juventude, produtividade e desempenho, amplamente valorizados na sociedade atual, contribuem para a desvalorização simbólica da velhice, impactando a forma como o sujeito idoso vivencia sua subjetividade.

Dessa maneira, o envelhecimento mostrou-se como um processo atravessado por múltiplas dimensões, no qual experiências de perda, transformações corporais e mudanças nos papéis sociais podem intensificar conflitos psíquicos já existentes. Nesse cenário, a cultura exerce um papel central na produção e na interpretação dessas manifestações, podendo tanto agravar quanto silenciar o sofrimento.

A psicanálise, ao enfatizar a singularidade do sujeito e a importância da escuta clínica, oferece um importante referencial para compreender tais experiências, sem reduzi-las a categorias normativas ou exclusivamente biomédicas. Assim, reforça-se a necessidade de práticas que considerem a complexidade do envelhecer e promovam espaços de acolhimento e elaboração do sofrimento psíquico.

Por fim, destaca-se a importância de ampliar as discussões sobre saúde mental na velhice, visando contribuir para a construção de abordagens mais críticas, humanizadas e comprometidas com a dignidade da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- CAMARGO, Larissa Fernandes *et al.* Repercussões multidisciplinares do envelhecimento populacional no âmbito socioeconômico: implicações para a pessoa idosa. **Revista Uniaraguaia**, p. 240-245, 2024.
- FREUD, Sigmund. **Inibição, sintoma e angústia**. 1926. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. 1917. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. **Sobre o narcisismo: uma introdução**. 1914. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- NERI, Anita Liberalesso. **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Papyrus Editora, 2015.
- OLIVEIRA, José Jarismá; SILVA, Francisca Simone Lopes. Desafios e perspectivas da saúde pública frente ao envelhecimento populacional. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 7, p. 1259-1264, 2025.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). **Global report on ageism**. Geneva: WHO, 2021.
- ZANATTA, Cléia *et al.* Sofrimento psíquico, envelhecimento e finitude. **Revista Valore**, v. 6, p. 92-108, 2021.



Envelhecimento, Declínio Cognitivo e Psicopatologia: Interfaces entre Alterações Neuropsíquicas e Funcionalidade

Aging, Cognitive Decline, and Psychopathology: Interfaces Between Neuropsychic Changes and Functionality

Nélia da Fonseca Pinto Ferreira

Docente do curso de Psicologia da UniFamesc, graduanda do PPG em Cognição e Linguagem (UENF).

Luis Otávio Azevedo Barreto

Graduando do curso de Psicologia da UniFamesc.

Quezia Karla Assis de Oliveira

Graduanda do curso de Psicologia da UniFamesc.

Jhulia Maria Gomes de Mello

Graduanda do curso de Psicologia da UniFamesc.

Thaís Melo de Oliveira Ribeiro

Graduanda do curso de Psicologia da UniFamesc.

Andréia Vargas Louvem

Graduanda do curso de Psicologia da UniFamesc.

Resumo: O presente estudo analisa as interfaces entre envelhecimento, declínio cognitivo e psicopatologia, enfatizando seus impactos na funcionalidade e na autonomia da pessoa idosa. Parte-se da compreensão do envelhecimento como um fenômeno biopsicossocial, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais, e marcado por heterogeneidades decorrentes das condições de vida e das desigualdades estruturais. No campo cognitivo, o estudo destaca a importância de diferenciar o envelhecimento normal, o comprometimento cognitivo leve e os transtornos neurocognitivos maiores, evidenciando que nem todas as alterações cognitivas são patológicas. Já no âmbito da psicopatologia, ressalta-se que transtornos como a depressão podem apresentar manifestações atípicas na velhice, dificultando o diagnóstico e exigindo uma abordagem clínica mais sensível e contextualizada. A análise evidencia que o declínio cognitivo e os transtornos mentais impactam diretamente a funcionalidade, comprometendo a autonomia e a qualidade de vida dos idosos. Além disso, fatores sociais, como vulnerabilidade, isolamento e fragilidade das redes de apoio, desempenham papel determinante na saúde mental, podendo agravar o sofrimento psíquico. O estudo reforça a necessidade de abordagens interdisciplinares e de políticas públicas integradas, orientadas pela promoção da autonomia, da dignidade e do envelhecimento saudável. Conclui-se que compreender o envelhecimento de forma ampliada é fundamental para evitar visões reducionistas e para desenvolver práticas clínicas e sociais mais eficazes no cuidado à pessoa idosa.

Palavras-chave: envelhecimento; declínio cognitivo; psicopatologia; funcionalidade; autonomia.

Abstract: This study analyzes the interfaces between aging, cognitive decline, and psychopathology, emphasizing their impacts on the functionality and autonomy of older adults. Aging is understood as a biopsychosocial phenomenon influenced by biological, psychological, and social factors, and marked by heterogeneity resulting from life conditions and structural inequalities. In the cognitive domain, the study highlights the importance of distinguishing normal aging, mild cognitive impairment, and major neurocognitive disorders, showing that not all cognitive changes are pathological. In the field of psychopathology, it emphasizes that disorders such as depression may present atypically in older adults, making diagnosis more complex and requiring a more sensitive and contextualized clinical approach. The analysis demonstrates that cognitive decline and mental disorders directly affect functionality, compromising autonomy and quality of life. In addition, social factors such as vulnerability, isolation, and weak support networks play a decisive role in mental health, potentially worsening psychological suffering. The study underscores the need for interdisciplinary approaches and integrated public policies focused on promoting autonomy, dignity, and healthy aging. It concludes that understanding aging from a broader perspective is essential to avoid reductionist views and to develop more effective clinical and social practices in the care of older adults.

Keywords: aging; cognitive decline; psychopathology; functionality; autonomy.

INTRODUÇÃO

Na mitologia grega, a figura de Cronos simboliza a força inexorável do tempo, que tudo devora e transforma. Ao consumir seus próprios filhos, Cronos representa, de forma alegórica, o caráter inevitável e, por vezes, temido da passagem do tempo sobre a existência humana. Entretanto, diferentemente da narrativa mítica marcada pela destruição, o envelhecimento humano, embora envolva perdas e transformações, não se reduz a um processo de declínio absoluto. Ao contrário, trata-se de um fenômeno complexo, ambivalente e profundamente condicionado por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Nesse sentido, o envelhecimento deve ser compreendido para além de sua dimensão cronológica ou biológica, sendo reconhecido como um processo biopsicossocial, multifacetado e historicamente situado. Conforme destaca Minayo (2012, p. 23), “o envelhecimento é um processo socialmente construído, que reflete as condições de vida, as desigualdades e as formas de organização da sociedade”. Tal perspectiva rompe com visões naturalizantes e homogêneas da velhice, evidenciando que as experiências de envelhecer são profundamente heterogêneas, variando de acordo com trajetórias individuais, condições socioeconômicas e acesso a recursos materiais e simbólicos.

No contexto brasileiro, marcado por desigualdades estruturais, essa heterogeneidade torna-se ainda mais evidente. Camarano *et al.* (2022) demonstram que o envelhecimento populacional ocorre de forma desigual, refletindo as condições acumuladas ao longo do curso de vida. Assim, diferentes grupos sociais envelhecem sob condições distintas, o que impacta diretamente sua saúde, autonomia e qualidade de vida. Essa realidade exige uma análise que articule dimensões individuais e coletivas, reconhecendo o envelhecimento como fenômeno socialmente determinado.

Paralelamente, a velhice também se configura como uma construção simbólica. Dardengo e Mafra (2018) evidenciam que os significados atribuídos ao envelhecimento variam historicamente, ora associados à sabedoria e experiência, ora marcados por estigmas de incapacidade e improdutividade. Essa ambivalência repercute na forma como o sujeito idoso se percebe e é percebido socialmente, podendo influenciar tanto sua saúde mental quanto sua inserção social.

No plano biológico, o envelhecimento está associado a alterações progressivas no organismo, incluindo modificações no sistema nervoso central que podem impactar o desempenho cognitivo. Todavia, conforme ressalta Veras (2009, p. 549), “envelhecer não significa adoecer”, sendo possível a manutenção da autonomia e da capacidade funcional quando presentes condições adequadas de vida e cuidado. Essa distinção é essencial para evitar a patologização da velhice, frequentemente associada de maneira automática ao declínio.

Não obstante, no campo das alterações cognitivas, a linha que separa normalidade e patologia revela-se particularmente tênue. O envelhecimento cognitivo pode incluir mudanças leves e esperadas, mas também pode evoluir para quadros clínicos como o comprometimento cognitivo leve e os transtornos neurocognitivos maiores (demências), conforme classificados pelo DSM-5-TR e pela CID-11. Essas condições não apenas afetam o funcionamento cognitivo, mas também repercutem diretamente na autonomia e na funcionalidade do indivíduo.

Além disso, a psicopatologia na velhice apresenta especificidades que desafiam os modelos diagnósticos tradicionais. Transtornos mentais, como a depressão, podem manifestar-se de forma atípica, frequentemente associados a sintomas somáticos e déficits cognitivos, o que dificulta o diagnóstico diferencial. Nesse contexto, a compreensão do sofrimento psíquico na velhice exige a articulação entre critérios clínicos, experiência subjetiva e condições sociais.

A inter-relação entre envelhecimento, declínio cognitivo e psicopatologia revela-se, portanto, central para a análise da funcionalidade e da autonomia na velhice. O comprometimento dessas dimensões não decorre exclusivamente de fatores biológicos, mas resulta de uma complexa interação entre alterações neuropsíquicas e condições sociais, incluindo vulnerabilidade, exclusão e fragilidade das redes de apoio.

Considerando o panorama, o presente estudo tem como objetivo analisar as interfaces entre envelhecimento, declínio cognitivo e psicopatologia, com ênfase nos impactos sobre a funcionalidade e a autonomia da pessoa idosa. Parte-se da compreensão de que o envelhecimento é um fenômeno biopsicossocial, no qual alterações cognitivas e manifestações psicopatológicas devem ser analisadas de forma integrada, à luz dos determinantes sociais da saúde e das especificidades clínicas da velhice.

Portanto, ao deslocar o olhar da ideia de declínio inevitável, simbolicamente representada por Cronos, para uma compreensão mais complexa e integrada do envelhecimento, busca-se contribuir para a construção de abordagens teóricas e práticas que promovam não apenas o prolongamento da vida, mas sua vivência com dignidade, autonomia e sentido.

O ENVELHECIMENTO COMO FENÔMENO BIOPSIKOSSOCIAL

O envelhecimento não pode ser compreendido como um processo exclusivamente biológico, restrito às transformações orgânicas decorrentes do avanço da idade. Trata-se de um fenômeno complexo, multifacetado e historicamente situado, que envolve mudanças interdependentes nas dimensões física, psíquica e social do indivíduo. Essa compreensão ampliada permite superar perspectivas reducionistas e reconhecer o envelhecimento como um processo dinâmico, atravessado por determinantes sociais, culturais e subjetivos.

Nessa direção, Minayo (2012, p. 23) afirma que “o envelhecimento é um processo socialmente construído, que reflete as condições de vida, as desigualdades e as formas de organização da sociedade”. Tal entendimento evidencia que o envelhecer não ocorre de maneira uniforme, mas é profundamente influenciado pelas trajetórias de vida dos indivíduos, pelas oportunidades de acesso a bens e serviços e pelas condições estruturais em que estão inseridos. Assim, fatores como classe social, gênero, escolaridade e redes de apoio desempenham papel decisivo na forma como a velhice é vivenciada.

Essa heterogeneidade é reforçada no contexto brasileiro, marcado por profundas desigualdades sociais. Camarano *et al.* (2022) destacam que o envelhecimento populacional ocorre de maneira desigual, sendo resultado das condições acumuladas ao longo do curso de vida. Segundo as autoras, diferentes grupos sociais envelhecem de formas distintas, o que se reflete em níveis variados de saúde, autonomia e qualidade de vida. Tal cenário exige uma análise que considere não apenas o indivíduo, mas também o contexto social em que o envelhecimento se desenvolve.

Do ponto de vista sociocultural, a velhice é também uma construção simbólica. Dardengo e Mafrá (2018) evidenciam que os significados atribuídos ao envelhecimento variaram ao longo do tempo, ora associados à sabedoria e experiência, ora marcados por estigmas de incapacidade e improdutividade. Essa ambivalência revela que a percepção social da velhice influencia diretamente a experiência subjetiva do envelhecer, podendo atuar tanto como fator de proteção quanto de vulnerabilidade psíquica.

No âmbito psicológico, o envelhecimento envolve processos de adaptação às mudanças e às perdas inerentes ao ciclo vital. A vivência da velhice pode ser marcada tanto por continuidade e resignificação quanto por rupturas e sofrimento, dependendo das condições individuais e contextuais. Nesse sentido, Freire (2012, p. 91) ressalta a importância de reconhecer o idoso como sujeito histórico, afirmando que é necessário “compreender a velhice como tempo de experiência e de produção de sentido”, o que contribui para uma visão mais humanizada e menos estigmatizante do envelhecimento.

Sob a perspectiva biológica, o envelhecimento está associado a alterações progressivas no organismo, incluindo mudanças no sistema nervoso central que podem impactar o desempenho cognitivo. No entanto, tais alterações não devem ser

automaticamente interpretadas como patológicas. Conforme observa Veras (2009, p. 549), “envelhecer não significa adoecer, e a maioria das pessoas idosas mantém capacidade funcional e autonomia quando exposta a condições adequadas de vida e cuidado”. Essa distinção é fundamental para evitar a medicalização excessiva da velhice e para promover uma abordagem centrada na funcionalidade e na qualidade de vida.

Além disso, a compreensão do envelhecimento como fenômeno biopsicossocial implica reconhecer a influência das condições sociais na saúde mental e no bem-estar. Miranda, Mendes e Silva (2016) destacam que o envelhecimento populacional traz consigo desafios significativos para os sistemas de saúde e proteção social, especialmente em contextos de desigualdade. A ausência de suporte adequado pode intensificar vulnerabilidades e comprometer a autonomia dos idosos.

A dimensão social do envelhecimento também se expressa nas relações de poder, inclusão e exclusão. Machado *et al.* (2014) demonstram que a mídia frequentemente reproduz estereótipos negativos sobre a velhice, contribuindo para a marginalização desse grupo. De forma complementar, Faleiros (2013) evidencia que a vulnerabilidade social pode expor a pessoa idosa a situações de violência, com impactos diretos sobre sua saúde física e mental.

Por outro lado, é importante reconhecer o envelhecimento como uma conquista social. Conforme destacado por Kalache (2021), em publicação da Fundação Oswaldo Cruz, o aumento da longevidade representa um avanço civilizatório, que deve ser acompanhado por políticas públicas capazes de garantir qualidade de vida e inclusão social.

Dados recentes reforçam a magnitude desse fenômeno. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2023) aponta que a população idosa no Brasil vem crescendo de forma significativa, o que amplia a necessidade de respostas institucionais adequadas às suas demandas. Tal cenário já era antecipado por Telles (2002), ao destacar a importância da adaptação das políticas sociais ao processo de envelhecimento populacional.

Dessa forma, compreender o envelhecimento como fenômeno biopsicossocial implica reconhecer sua natureza multidimensional e interdependente. Essa abordagem permite superar visões simplificadoras, integrando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e contribuindo para a construção de práticas e políticas públicas mais eficazes, orientadas pela promoção da autonomia, da dignidade e da qualidade de vida da pessoa idosa.

ALTERAÇÕES COGNITIVAS NO ENVELHECIMENTO: NORMALIDADE E PATOLOGIA

As alterações cognitivas constituem um dos eixos centrais no estudo do envelhecimento, especialmente por suas implicações na autonomia, na funcionalidade e na saúde mental da pessoa idosa. Tais mudanças devem ser compreendidas dentro de um espectro que vai desde o envelhecimento cognitivo

normal até condições patológicas, como o comprometimento cognitivo leve (CCL) e os transtornos neurocognitivos (demências). Essa distinção é essencial tanto para a prática clínica quanto para a formulação de políticas públicas.

No envelhecimento considerado típico, é comum a presença de alterações sutis, como a diminuição da velocidade de processamento, dificuldades na memória recente e alterações nas funções executivas. Conforme apontam Nitrini *et al.* (2005), “o envelhecimento normal pode cursar com queixas cognitivas leves, sem prejuízo das atividades da vida diária”, o que indica que tais mudanças não configuram, por si só, um quadro patológico. Essa compreensão é fundamental para evitar a patologização indevida da velhice.

Entretanto, a transição entre normalidade e patologia nem sempre é claramente delimitada. O comprometimento cognitivo leve (CCL) ocupa uma posição intermediária nesse continuum, caracterizando-se por declínio cognitivo mensurável, superior ao esperado para a idade e escolaridade, mas com preservação relativa da funcionalidade. No DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), essa condição é descrita como Transtorno Neurocognitivo Leve, definido pela evidência de declínio modesto em um ou mais domínios cognitivos (como memória, atenção ou função executiva), sem comprometimento significativo da independência nas atividades diárias, embora possa haver maior esforço ou compensação.

De forma convergente, a CID-11 (OMS, 2019) também reconhece os transtornos neurocognitivos leves como condições clínicas distintas, enfatizando a necessidade de identificação precoce, especialmente em contextos de risco para progressão. Essa categoria é particularmente relevante na prática geriátrica, pois permite intervenções preventivas e monitoramento longitudinal.

Quando o declínio cognitivo ultrapassa esse limiar e passa a comprometer significativamente a autonomia do indivíduo, configuram-se os transtornos neurocognitivos maiores, equivalentes ao que tradicionalmente se denomina demência. O DSM-5-TR define o Transtorno Neurocognitivo Maior como um declínio substancial em um ou mais domínios cognitivos, acompanhado de prejuízo na independência funcional. Esse comprometimento pode afetar atividades como gerenciamento financeiro, uso de medicamentos, orientação espacial e tomada de decisões.

Na mesma linha, a CID-11 classifica os transtornos neurocognitivos maiores de acordo com sua etiologia, incluindo doença de Alzheimer, doença vascular, demência com corpos de Lewy, entre outras. Essas classificações destacam que o diagnóstico deve considerar não apenas a presença de déficits cognitivos, mas também sua progressão, impacto funcional e exclusão de outras causas, como delírium ou transtornos psiquiátricos primários.

As demências, nesse contexto, configuram um importante problema de saúde pública, especialmente em países com rápido envelhecimento populacional. Dalgalarrondo (2019, p. 605) define essas condições como “síndromes caracterizadas por declínio progressivo das funções cognitivas, com prejuízo significativo da memória, do pensamento e do comportamento”. Entre as etiologias, a doença de

Alzheimer destaca-se como a principal causa, sendo responsável pela maioria dos casos diagnosticados.

A relevância dessas condições é ampliada no contexto brasileiro. Camarano *et al.* (2022) destacam que o envelhecimento populacional acelerado tende a aumentar a prevalência de doenças neurodegenerativas, exigindo maior capacidade de resposta dos sistemas de saúde. Miranda, Mendes e Silva (2016) complementam ao afirmar que o aumento da população idosa está diretamente associado à ampliação das demandas por cuidados de longa duração, especialmente em casos de comprometimento cognitivo.

Além dos aspectos clínicos, é fundamental considerar os determinantes sociais e culturais do envelhecimento cognitivo. Dardengo e Mafra (2018) apontam que a forma como a velhice é socialmente construída influencia a percepção e a vivência das alterações cognitivas. Machado *et al.* (2014) evidenciam que a mídia frequentemente associa o envelhecimento à perda cognitiva, contribuindo para estigmas que podem agravar o sofrimento psíquico.

A vulnerabilidade social também desempenha papel relevante nesse processo. Faleiros (2013) destaca que idosos com comprometimento cognitivo apresentam maior risco de negligência e violência, especialmente em contextos de dependência funcional. A perda de autonomia cognitiva pode dificultar a proteção de direitos e ampliar a exposição a situações de abuso.

Por outro lado, é necessário evitar uma visão exclusivamente patologizante do envelhecimento. Conforme ressalta Kalache (2021), em publicação da Fundação Oswaldo Cruz, envelhecer é uma conquista social, devendo ser acompanhado de condições que favoreçam a qualidade de vida. Nessa mesma perspectiva, Freire (2012) enfatiza a importância de reconhecer o idoso como sujeito ativo, capaz de ressignificar sua experiência mesmo diante de limitações.

Dados recentes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2023) indicam o crescimento expressivo da população idosa no Brasil, o que reforça a necessidade de estratégias de cuidado voltadas à prevenção, diagnóstico precoce e manejo das alterações cognitivas. Tal preocupação já era apontada por Telles (2002), ao destacar a necessidade de adaptação das políticas sociais ao envelhecimento populacional.

Dessa forma, a incorporação dos critérios do CID-11 e do DSM-5-TR na análise das alterações cognitivas permite maior precisão diagnóstica e contribui para a distinção entre envelhecimento normal, comprometimento cognitivo leve e demência. Essa diferenciação é essencial para orientar intervenções clínicas, evitar diagnósticos equivocados e promover uma abordagem mais adequada, ética e centrada na dignidade da pessoa idosa.

PSICOPATOLOGIA NA VELHICE: CARACTERÍSTICAS E DESAFIOS DIAGNÓSTICOS

O envelhecimento populacional no Brasil, ao mesmo tempo em que representa uma conquista civilizatória, impõe desafios significativos no campo da saúde mental, especialmente no que se refere à compreensão da psicopatologia na velhice. A rápida transição demográfica, caracterizada pelo aumento da expectativa de vida e pela redução das taxas de fecundidade, resulta em uma ampliação expressiva da população idosa, o que demanda não apenas reorganização das políticas públicas, mas também o desenvolvimento de abordagens clínicas e teóricas capazes de apreender as especificidades do sofrimento psíquico nessa fase da vida (Camarano *et al.*, 2022).

Nesse contexto, a psicopatologia do envelhecimento não pode ser compreendida a partir de uma aplicação acrítica dos sistemas classificatórios tradicionais, ainda que estes sejam fundamentais para a prática clínica. Tanto a Classificação Internacional de Doenças (CID-11) quanto o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) fornecem critérios operacionais importantes, porém reconhecem, ainda que de forma implícita, a necessidade de contextualização diagnóstica em populações específicas, como a idosa. No caso dos transtornos depressivos, por exemplo, o DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) destaca a possibilidade de apresentações clínicas com maior ênfase em sintomas somáticos, prejuízos cognitivos e redução do afeto positivo, o que pode dificultar o diagnóstico diferencial com transtornos neurocognitivos.

De forma convergente, a CID-11 (Organização Mundial da Saúde, 2019) classifica os transtornos mentais e comportamentais, incluindo os transtornos depressivos e os transtornos neurocognitivos, ressaltando a importância de critérios como duração, intensidade e prejuízo funcional. No entanto, na prática geriátrica, tais critérios devem ser interpretados à luz das mudanças próprias do envelhecimento, sob pena de subdiagnóstico ou diagnóstico equivocado. Papaléo Netto (2017) enfatiza que o envelhecimento envolve alterações neurobiológicas e cognitivas que podem mascarar ou modificar a expressão sintomatológica dos transtornos mentais, tornando a avaliação clínica mais complexa.

A depressão em idosos, nesse cenário, constitui um dos principais desafios diagnósticos. Como observa Dalgallarrondo (2019, p. 603), “na velhice, os transtornos depressivos podem assumir formas menos evidentes, sendo comuns manifestações como apatia, retraimento social e queixas cognitivas”. Tais manifestações são reconhecidas tanto no DSM-5-TR quanto na CID-11 como possíveis variações da apresentação clínica, especialmente em populações específicas. A sobreposição entre sintomas depressivos e déficits cognitivos pode levar à chamada pseudodemência depressiva, condição em que o comprometimento cognitivo é secundário ao transtorno de humor, diferindo dos transtornos neurocognitivos maiores, como a demência.

No DSM-5-TR, os transtornos neurocognitivos são classificados em “transtorno neurocognitivo leve” e “transtorno neurocognitivo maior”, sendo este último caracterizado por declínio significativo em um ou mais domínios cognitivos, com impacto na autonomia funcional. Já a CID-11 utiliza terminologia semelhante ao abordar os “transtornos neurocognitivos”, incluindo diferentes etiologias, como doença de Alzheimer, causas vasculares e outras condições médicas. A distinção entre esses quadros e os transtornos depressivos é fundamental na prática clínica geriátrica, exigindo avaliação longitudinal e multidimensional.

Para além dos aspectos classificatórios, a compreensão da psicopatologia na velhice demanda atenção à dimensão subjetiva do envelhecimento. Neri (2014) destaca que o envelhecimento é um processo heterogêneo, influenciado por fatores individuais, históricos e culturais. A forma como o sujeito interpreta suas perdas, físicas, sociais e simbólicas, desempenha papel central na constituição do sofrimento psíquico. Nesse sentido, Zimerman (2000) ressalta que a velhice implica um trabalho psíquico contínuo de elaboração de perdas, cuja falha pode resultar em manifestações psicopatológicas.

Essa dimensão subjetiva articula-se diretamente com o contexto social. Dardengo e Mafra (2018) evidenciam que a velhice é socialmente construída, frequentemente associada a estigmas negativos. Machado *et al.* (2014) demonstram que os meios de comunicação reforçam tais estereótipos, contribuindo para a internalização de imagens depreciativas. Como aponta Bosi (1994, p. 81), “o idoso muitas vezes se percebe deslocado em uma sociedade que valoriza a produtividade e a juventude”, o que pode favorecer sentimentos de exclusão e sofrimento psíquico.

Além disso, a exposição à violência constitui fator agravante relevante. Faleiros (2013) destaca que a violência contra a pessoa idosa impacta diretamente a saúde mental, podendo desencadear ou intensificar quadros de depressão, ansiedade e estresse. A vivência de violência compromete a autonomia e a segurança subjetiva, elementos essenciais para o equilíbrio psíquico.

Do ponto de vista das políticas públicas, Miranda, Mendes e Silva (2016) ressaltam que o envelhecimento populacional exige a ampliação dos serviços de saúde mental, com ênfase em abordagens interdisciplinares. Os dados do Censo de 2022 confirmam a expansão da população idosa no Brasil, reforçando a necessidade de políticas que integrem cuidado clínico, suporte psicossocial e promoção da autonomia (SBGG, 2023).

Não obstante, é fundamental evitar uma leitura exclusivamente patologizante do envelhecimento. Kalache (2021) enfatiza que envelhecer é uma conquista da humanidade, devendo ser acompanhado de qualidade de vida. Freire (2012), por sua vez, propõe uma visão humanizada da velhice, reconhecendo o idoso como sujeito ativo e capaz de ressignificação.

Então, a psicopatologia do envelhecimento deve ser compreendida como um campo que articula classificações diagnósticas, como as propostas pela CID-11 e pelo DSM-5-TR, com a singularidade da experiência subjetiva e as condições sociais em que o indivíduo está inserido. Tal abordagem permite uma compreensão

mais precisa e ética do sofrimento psíquico na velhice, contribuindo para práticas clínicas mais eficazes e para a construção de políticas públicas comprometidas com a integralidade do cuidado e a dignidade da pessoa idosa.

FUNCIONALIDADE E AUTONOMIA: IMPACTOS DO DECLÍNIO COGNITIVO E DA PSICOPATOLOGIA

A funcionalidade constitui um dos principais eixos analíticos na avaliação da saúde da pessoa idosa, ultrapassando a perspectiva estritamente biomédica e incorporando dimensões cognitivas, emocionais e sociais. De modo geral, refere-se à capacidade do indivíduo de desempenhar, de forma independente, as atividades básicas e instrumentais da vida diária, tais como autocuidado, mobilidade, comunicação, administração financeira e tomada de decisões. Nesse sentido, a funcionalidade está intrinsecamente vinculada à autonomia e à qualidade de vida, sendo reconhecida como um dos principais indicadores de envelhecimento saudável.

Conforme destaca Veras (2009, p. 550), “a manutenção da capacidade funcional é o principal objetivo das políticas de saúde voltadas à população idosa”, o que evidencia uma mudança paradigmática no campo da saúde pública, que passa a priorizar não apenas a ausência de doenças, mas a preservação da independência e da participação social. Essa perspectiva é corroborada por Organização Mundial da Saúde, ao propor o conceito de envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice (OMS, 2015).

A capacidade funcional, contudo, encontra-se diretamente ameaçada por processos de declínio cognitivo e por transtornos psicopatológicos, que frequentemente coexistem na população idosa. Do ponto de vista clínico, o declínio cognitivo pode variar desde alterações leves até quadros mais graves, como os transtornos neurocognitivos maiores descritos no DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) e na CID-11 (OMS, 2019). Esses quadros implicam prejuízos em funções como memória, atenção, linguagem e funções executivas, comprometendo significativamente a autonomia do indivíduo.

Papaléo Netto (2017) ressalta que o comprometimento cognitivo impacta diretamente a capacidade do idoso de gerenciar sua própria vida, afetando especialmente as atividades instrumentais, como controle financeiro, uso de medicamentos e organização da rotina. Nessa mesma linha, Neri (2014) enfatiza que a perda de funcionalidade não decorre apenas de alterações biológicas, mas também da interação entre fatores psicológicos, sociais e ambientais, o que reforça o caráter multidimensional do envelhecimento.

No campo da psicopatologia, os transtornos mentais também exercem influência decisiva sobre a funcionalidade. A depressão, por exemplo, é reconhecida como uma das principais causas de incapacidade entre idosos, podendo comprometer significativamente a motivação, a ऊर्जा (energia), a iniciativa e a capacidade de

engajamento em atividades cotidianas. Como observa Dalgalarro (2019), os quadros depressivos na velhice frequentemente se manifestam por meio de apatia, retraimento social e queixas cognitivas, o que pode intensificar a perda funcional e dificultar o diagnóstico.

Além disso, transtornos de ansiedade, quadros psicóticos e condições como delírium podem agravar o comprometimento funcional, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e fragilidade clínica. Zimerman (2000) destaca que o sofrimento psíquico na velhice está frequentemente associado à dificuldade de adaptação às perdas acumuladas, o que pode reduzir a capacidade do indivíduo de manter sua autonomia e independência.

A perda de autonomia, por sua vez, não deve ser compreendida apenas como consequência de alterações clínicas, mas também como um fenômeno socialmente construído. Segundo Camarano *et al.* (2022), o aumento da dependência funcional na população idosa está associado a maior vulnerabilidade social, incluindo riscos de negligência, violência e exclusão. Faleiros (2013) complementa essa análise ao evidenciar que idosos com limitações funcionais estão mais expostos a situações de abuso, especialmente no ambiente familiar, onde a dependência pode gerar relações assimétricas de poder.

Sob a perspectiva subjetiva, a perda de funcionalidade pode desencadear importantes repercussões psicológicas. A redução da autonomia frequentemente está associada a sentimentos de inutilidade, baixa autoestima e perda de identidade social. Como aponta Bosi (1994), o idoso podem vivenciar a perda de seu papel social como uma forma de invisibilidade, especialmente em sociedades que valorizam a produtividade e a juventude. Esse processo pode retroalimentar quadros depressivos e agravar o sofrimento psíquico, estabelecendo um ciclo entre declínio funcional e adoecimento mental.

Do ponto de vista das políticas públicas e da prática clínica, essa inter-relação entre funcionalidade, cognição e psicopatologia exige abordagens integradas e interdisciplinares. Miranda, Mendes e Silva (2016) destacam que o envelhecimento populacional demanda a reorganização dos serviços de saúde, com foco na promoção da autonomia e na prevenção da incapacidade. Isso inclui estratégias como reabilitação cognitiva, acompanhamento psicológico, fortalecimento das redes de apoio social e adaptação dos ambientes às necessidades do idoso.

Nesse contexto, a funcionalidade deve ser compreendida não apenas como um indicador clínico, mas como um elemento central para a efetivação dos direitos fundamentais da pessoa idosa. A preservação da autonomia está diretamente relacionada à dignidade humana, princípio basilar do ordenamento jurídico brasileiro, e à possibilidade de participação ativa na vida social.

Dessa forma, a análise da funcionalidade na velhice, especialmente sob o impacto do declínio cognitivo e da psicopatologia, revela a complexidade do processo de envelhecimento e reforça a necessidade de abordagens que integrem dimensões clínicas, subjetivas e sociais. Promover a funcionalidade não significa apenas prolongar a vida, mas garantir que ela seja vivida com autonomia, dignidade e sentido.

VULNERABILIDADE SOCIAL E SAÚDE MENTAL DO IDOSO

A vulnerabilidade na velhice constitui um fenômeno complexo e multifatorial, que não se limita às condições biológicas inerentes ao envelhecimento, mas se articula profundamente com fatores sociais, econômicos, culturais e institucionais. Nesse sentido, compreender a saúde mental da pessoa idosa exige uma abordagem ampliada, capaz de integrar os chamados determinantes sociais da saúde, tais como renda, escolaridade, acesso a serviços, redes de apoio e condições de moradia.

Conforme destaca Minayo (2012, p. 27), “as condições de vida influenciam diretamente a forma como os indivíduos envelhecem, podendo potencializar ou atenuar processos de adoecimento”. Essa afirmação evidencia que o envelhecimento não é um processo homogêneo, mas profundamente desigual, sendo atravessado por trajetórias sociais distintas que impactam diretamente a saúde mental. Idosos em situação de vulnerabilidade socioeconômica tendem a apresentar maior exposição a fatores de risco, como isolamento social, insegurança material, acesso precário aos serviços de saúde e fragilidade nas redes de suporte.

A noção de vulnerabilidade, nesse contexto, deve ser compreendida em sua dimensão ampliada. Para Ayres *et al.* (2009), ela envolve dimensões individual, social e programática, cuja articulação permite compreender os diferentes níveis de exposição ao adoecimento. No caso da população idosa, essa perspectiva revela que o sofrimento psíquico frequentemente resulta da interação entre fragilidades pessoais, desigualdades estruturais e limitações institucionais.

Ademais, a vulnerabilidade social da pessoa idosa deve ser analisada à luz das transformações demográficas em curso. Camarano *et al.* (2022) destacam que o envelhecimento populacional brasileiro ocorre de forma acelerada e heterogênea, sendo profundamente influenciado pelas desigualdades acumuladas ao longo da vida. Segundo as autoras, “as condições socioeconômicas ao longo do ciclo vital condicionam fortemente a forma como se dá o envelhecimento” (Camarano *et al.*, 2022, p. 10), o que implica diferentes níveis de autonomia, saúde e inserção social na velhice.

Essa heterogeneidade é reforçada por Miranda, Mendes e Silva (2016), ao apontarem que o envelhecimento no Brasil se desenvolve em um cenário de profundas desigualdades sociais, o que limita o acesso de parcela significativa da população idosa a serviços de saúde e proteção social. Como afirmam os autores, o envelhecimento populacional “traz desafios importantes para os sistemas de saúde e proteção social, especialmente em países marcados por desigualdades” (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

Nesse contexto, a própria construção social da velhice contribui para a produção da vulnerabilidade. Dardengo e Mafra (2018) evidenciam que os significados atribuídos ao envelhecimento são historicamente construídos, frequentemente associados à incapacidade e à dependência. Essa representação social é reforçada pelos meios de comunicação, que, conforme Machado *et al.* (2014, p. 215), “tendem a veicular uma imagem estereotipada da velhice, associando-a à fragilidade e à improdutividade”, contribuindo para a exclusão simbólica e social do idoso.

Além disso, dados recentes indicam a intensificação desse cenário. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia destaca que o crescimento da população idosa no Brasil, evidenciado pelo Censo de 2022, amplia os desafios relacionados à garantia de direitos e à promoção da saúde mental (SBGG, 2023). Tal preocupação não é recente, sendo já apontada por Telles (2002), ao enfatizar a necessidade de ampliação da cobertura previdenciária como forma de enfrentamento da vulnerabilidade social na velhice.

A fragilidade das redes de apoio social constitui outro elemento central nesse debate. O enfraquecimento dos vínculos familiares e comunitários, associado às transformações sociais contemporâneas, contribui para o aumento do isolamento social. Esse isolamento, por sua vez, está diretamente relacionado ao desenvolvimento de sofrimento psíquico, especialmente quadros depressivos e ansiosos.

Sob a perspectiva da psicopatologia, a vulnerabilidade social atua como fator predisponente e agravante dos transtornos mentais. Dalgalarrondo (2019) destaca que condições adversas de vida estão diretamente associadas ao aumento da prevalência de transtornos mentais. No caso da população idosa, essas condições podem intensificar sentimentos de desamparo, inutilidade e desesperança.

A violência contra a pessoa idosa constitui uma das expressões mais graves dessa vulnerabilidade. Faleiros (2013, p. 45) afirma que “a violência contra idosos está frequentemente associada a situações de dependência e fragilidade social”, produzindo impactos diretos sobre a saúde mental. A exposição a situações de abuso compromete a autonomia, a autoestima e a segurança subjetiva, agravando o sofrimento psíquico.

Além do que, a exclusão social e simbólica contribui para a construção de uma experiência subjetiva marcada pela perda de pertencimento. Nesse sentido, Freire (2012, p. 91) propõe que “é preciso reconhecer o idoso como sujeito de história e de direitos”, destacando a importância de sua valorização social. De forma complementar, Kalache (2021) enfatiza que o envelhecimento deve ser compreendido como uma conquista, e não como um problema, desde que acompanhado de condições adequadas de vida.

Em face do cenário, a Organização Mundial da Saúde ressalta que o envelhecimento saudável depende da interação entre condições individuais e contextos sociais favoráveis, incluindo acesso a serviços, suporte social e oportunidades de participação (OMS, 2015).

Logo, a análise da vulnerabilidade social na velhice evidencia que o sofrimento psíquico não pode ser compreendido de forma isolada, mas deve ser situado no contexto mais amplo das desigualdades sociais. A saúde mental da pessoa idosa, portanto, emerge como resultado de múltiplas determinações, exigindo políticas públicas integradas e abordagens interdisciplinares que promovam autonomia, inclusão e dignidade.

ABORDAGEM INTEGRAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

A complexidade das relações entre envelhecimento, cognição e psicopatologia impõe a necessidade de superação de modelos fragmentados de atenção à saúde, exigindo a adoção de uma abordagem integral, alinhada ao conceito ampliado de saúde. Tal perspectiva compreende o indivíduo em sua totalidade, considerando não apenas aspectos biológicos, mas também dimensões psicológicas, sociais e culturais. Nesse sentido, a integralidade do cuidado configura-se como princípio estruturante das políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) constitui um marco normativo fundamental nesse campo, ao estabelecer diretrizes voltadas à promoção do envelhecimento saudável, à manutenção da capacidade funcional e à garantia da autonomia da pessoa idosa. Conforme previsto na política, “a finalidade primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos” (Brasil, 2006), o que evidencia a centralidade da funcionalidade e da dignidade no cuidado em saúde.

Essa diretriz encontra respaldo na concepção de envelhecimento saudável proposta pela Organização Mundial da Saúde, segundo a qual a saúde na velhice deve ser entendida como a manutenção da capacidade funcional, permitindo que o indivíduo realize atividades significativas e participe ativamente da sociedade (OMS, 2015). Essa abordagem amplia o foco da atenção para além da doença, incorporando elementos como bem-estar, autonomia e participação social.

No campo da psicopatologia, essa perspectiva integral é particularmente relevante, uma vez que os transtornos mentais na velhice apresentam etiologia multifatorial e manifestações clínicas frequentemente atípicas. Dalgarrondo (2019) ressalta que o sofrimento psíquico deve ser compreendido em sua interface com fatores sociais e contextuais, o que reforça a necessidade de abordagens clínicas ampliadas. Do mesmo modo, Neri (2014) destaca que o envelhecimento é um processo heterogêneo, no qual fatores psicológicos e sociais exercem papel determinante na manutenção da saúde mental.

Diante dessa complexidade, a atuação interdisciplinar torna-se elemento central na organização do cuidado. A integração entre profissionais das áreas da medicina, psicologia, serviço social, enfermagem, fisioterapia e outras especialidades permite uma avaliação mais abrangente das necessidades do idoso, favorecendo intervenções mais eficazes. Papaléo Netto (2017) enfatiza que o cuidado geriátrico deve ser necessariamente interdisciplinar, uma vez que os problemas enfrentados pela pessoa idosa raramente se restringem a uma única dimensão.

Além do mais, a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde primária, secundária e terciária, é fundamental para garantir a continuidade do cuidado. Miranda, Mendes e Silva (2016) destacam que o envelhecimento populacional exige a reorganização dos sistemas de saúde, com fortalecimento da atenção básica e ampliação de serviços especializados, incluindo aqueles voltados à saúde mental.

Outro elemento essencial na abordagem integral é o fortalecimento das redes de apoio social. A família, a comunidade e as instituições desempenham papel crucial na promoção do bem-estar da pessoa idosa, funcionando como fatores de proteção frente ao sofrimento psíquico. Camarano *et al.* (2022) ressaltam que a presença de redes de apoio sólidas está diretamente associada à manutenção da autonomia e à melhor qualidade de vida na velhice.

Por outro lado, a fragilidade dessas redes pode intensificar a vulnerabilidade social e o risco de adoecimento mental. Faleiros (2013) evidencia que a ausência de suporte social está frequentemente associada a situações de negligência e violência, com impactos significativos na saúde mental do idoso. Nesse contexto, políticas públicas que promovam a inclusão social e o fortalecimento dos vínculos comunitários tornam-se indispensáveis.

De modo que a construção de estratégias de cuidado eficazes exige a integração entre políticas de saúde, assistência social e previdência, reconhecendo o envelhecimento como um fenômeno multidimensional. A intersectorialidade, nesse sentido, constitui um princípio fundamental para a efetivação de direitos e para a promoção de um envelhecimento digno.

Assim, a abordagem integral e a consolidação de políticas públicas voltadas à pessoa idosa revelam-se essenciais para enfrentar os desafios impostos pelo envelhecimento populacional. Ao articular cuidado clínico, atenção psicossocial e suporte institucional, essas estratégias contribuem para a promoção da saúde mental, da autonomia e da qualidade de vida, reafirmando o compromisso com a dignidade da pessoa idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando a alegoria inicial de Cronos, o tempo, embora inexorável, não deve ser compreendido como uma força exclusivamente destrutiva, mas como elemento constitutivo da experiência humana, que comporta tanto perdas quanto possibilidades de ressignificação. Ao longo deste estudo, buscou-se demonstrar que o envelhecimento, longe de se reduzir a um processo de declínio linear, configura-se como um fenômeno biopsicossocial complexo, no qual dimensões biológicas, psicológicas e sociais se entrelaçam de forma indissociável.

A análise evidenciou que as alterações cognitivas, frequentemente associadas ao envelhecimento, não são homogêneas nem necessariamente patológicas. A distinção entre envelhecimento cognitivo normal, comprometimento cognitivo leve e transtornos neurocognitivos maiores, conforme estabelecida pelo DSM-5-TR e pela CID-11, revela-se fundamental para evitar tanto a negligência diagnóstica quanto a patologização indevida da velhice. Essa diferenciação permite uma abordagem clínica mais precisa, orientada pela funcionalidade e pela preservação da autonomia.

No campo da psicopatologia, verificou-se que o sofrimento psíquico na velhice apresenta características próprias, frequentemente marcadas por manifestações atípicas e pela intersecção com alterações cognitivas. Transtornos

como a depressão podem assumir formas menos evidentes, o que impõe desafios diagnósticos relevantes e exige uma escuta clínica sensível às especificidades dessa fase da vida. Além disso, a dimensão subjetiva do envelhecimento, permeada por perdas, adaptações e ressignificações, mostrou-se central para a compreensão do adoecimento mental.

Outro aspecto fundamental destacado ao longo do trabalho refere-se à relação entre declínio cognitivo, psicopatologia e funcionalidade. A perda de autonomia, longe de ser apenas consequência de alterações biológicas, revelou-se como resultado de uma complexa interação entre fatores clínicos e sociais. Nesse sentido, a funcionalidade emerge não apenas como indicador de saúde, mas como expressão concreta da dignidade da pessoa idosa, diretamente vinculada à sua capacidade de participação social e de autodeterminação.

A análise da vulnerabilidade social evidenciou, ainda, que o envelhecimento ocorre em contextos marcados por desigualdades estruturais, que influenciam diretamente a saúde mental e as condições de vida da população idosa. Fatores como isolamento social, fragilidade das redes de apoio e exposição à violência ampliam o risco de adoecimento psíquico e comprometem a autonomia, reforçando a necessidade de políticas públicas que enfrentem essas desigualdades de forma integrada.

Nesse contexto, destacou-se a importância de uma abordagem integral e interdisciplinar no cuidado à pessoa idosa, capaz de articular dimensões clínicas, psicossociais e institucionais. A centralidade da funcionalidade, a valorização da autonomia e o fortalecimento das redes de apoio configuram-se como elementos essenciais para a promoção de um envelhecimento saudável, em consonância com as diretrizes das políticas públicas e com o conceito ampliado de saúde.

Dessa forma, conclui-se que a compreensão das interfaces entre envelhecimento, declínio cognitivo e psicopatologia exige a superação de modelos reducionistas, adotando-se uma perspectiva que reconheça a complexidade e a singularidade da experiência de envelhecer. Tal abordagem não apenas contribui para o aprimoramento das práticas clínicas, mas também orienta a construção de políticas públicas mais eficazes e comprometidas com a dignidade da pessoa idosa.

Por fim, mais do que enfrentar o tempo como ameaça, à maneira do mito de Cronos, impõe-se o desafio de construir condições sociais, clínicas e culturais que permitam ao indivíduo envelhecer com autonomia, sentido e reconhecimento. Afinal, se o tempo transforma, cabe à sociedade definir se essas transformações serão marcadas pela exclusão ou pela dignidade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2022. Disponível em: <https://dsm.psychiatryonline.org>. Acesso em: 25 mar. 2026.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder.** Tradução. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos.** 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 23 mar. 2026.

CAMARANO, Ana Amélia *et al.* **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2022. Disponível em: https://www.ampid.org.br/v1/wpcontent/uploads/2014/08/livro_regime_demografico.pdf. Acesso em: 24 mar. 2026.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DARDENGO, Cássia Figueiredo Rossi; MAFRA, Simone Caldas Tavares. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? **Revista de Ciências Humanas**, v. 18, n. 2, 2018. Disponível em: Acesso em: https://locus.ufv.br/items/71b6ef49-72d4-456a-8c2c-516ae111766d?utm_source=chatgpt.com 25 mar. 2026.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Violência contra a pessoa idosa.** Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-idosa/cartilha-violencia-contra-a-pessoa-idosa/view>. Acesso em: 25 mar. 2026.

FREIRE, Sueli Aparecida. **Envelhecimento e subjetividade: desafios contemporâneos.** São Paulo: Cortez, 2012.

KALACHE, Alexandre. **Envelhecimento e longevidade: um desafio contemporâneo.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

MACHADO, Magda Guedes Ferreira; BIANCHI, Mariana; MENEGÓCIO, Alexandre Marcos; ZAGO, Gabriela Mariotoni. Desconstruindo a imagem do idoso nos meios midiáticos. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 211–223, 2014. DOI: 10.23925/2176-901X.2014v17i4p211-223. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/23868>. Acesso em: 25 mar. 2026..

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lúcia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf. Acesso em: 25 mar. 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2014. Disponível em: <https://www.alineaeditora.com.br>. Acesso em: 26 mar. 2026.

NITRINI, Ricardo *et al.* **Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 713-719, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25%284%29099.pdf. Acesso em: 26 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-11**. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int>. Acesso em: 26 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 25 mar. 2026.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **Dados sobre envelhecimento no Brasil**. Rio de Janeiro: SBGG, 2023. Disponível em: <https://sbgg.org.br/o-que-o-censo-de-2022-nos-diz-sobre-o-envelhecimento-no-brasil/>. Acesso em: 26 mar. 2026.

TELLES, Vera da Silva. **Pobreza e cidadania**. São Paulo: Editora 34, 2002.

VERAS, Renato Peixoto. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/pmygXKSrLST6QgvKyVwF4cM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2026.

ZIMERMAN, David Epelbaum. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.



A Velhice e o Enfrentamento dos Desafios Cotidianos: Práticas e Reflexões sobre Ansiedade e Finitude

Old Age and Coping with Everyday Challenges: Practices and Reflections on Anxiety and Finitude

Nélia da Fonseca Pinto Ferreira

Docente do curso de Psicologia da UniFamesc, graduanda do PPG em Cognição e Linguagem (UENF).

Arthur Jacomini Boechat

Psicólogo, graduado em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre.

Luis Otavio Azevedo Barreto

Graduando do curso de Psicologia da UniFamesc.

Resumo: O presente estudo analisa a velhice e os desafios cotidianos relacionados à ansiedade e à consciência da finitude, a partir de uma abordagem qualitativa fundamentada em revisão bibliográfica. Parte-se do entendimento de que envelhecer não se restringe a transformações biológicas, mas envolve dimensões psicológicas, sociais e existenciais que influenciam a forma como o indivíduo percebe o tempo, a vida e a morte. Nesse contexto, a proximidade simbólica da finitude pode intensificar sentimentos de medo, insegurança e sofrimento psíquico. O capítulo discute que manifestações ansiosas na velhice frequentemente estão associadas a perdas funcionais, mudanças nos papéis sociais, isolamento, doenças crônicas e redução da autonomia. Sintomas como preocupação excessiva, irritabilidade, distúrbios do sono e hipervigilância podem comprometer a qualidade de vida da pessoa idosa, exigindo atenção específica no campo da saúde mental. Também se destaca que o medo da morte e as incertezas quanto ao futuro, especialmente relacionadas à dependência, institucionalização e adoecimento, podem ampliar a vulnerabilidade emocional nessa etapa da vida. Entretanto, sob a ótica da psicologia existencial, a consciência da finitude pode igualmente favorecer processos de ressignificação, estimulando reflexões sobre propósito, legado e autenticidade existencial. Entre as estratégias psicológicas propostas, ressaltam-se espaços de escuta, grupos de convivência, fortalecimento de vínculos sociais, elaboração narrativa da trajetória de vida, acolhimento da espiritualidade e intervenções voltadas ao manejo da ansiedade. Tais práticas contribuem para a simbolização das perdas, para a construção de sentido e para o enfrentamento mais saudável das angústias relacionadas ao envelhecimento. Conclui-se que a velhice demanda uma compreensão ampliada que ultrapasse o modelo biomédico tradicional, valorizando dimensões subjetivas e existenciais. O cuidado psicológico voltado à população idosa mostra-se fundamental para promover bem-estar, autonomia emocional e melhor qualidade de vida diante dos desafios impostos pela finitude.

Palavras-chave: velhice; envelhecimento; ansiedade; finitude; saúde mental; psicologia existencial.

Abstract: This study analyzes old age and everyday challenges related to anxiety and awareness of finitude through a qualitative approach based on bibliographic review. Aging is understood not only as a biological process, but also as an experience involving psychological, social, and existential dimensions that influence how individuals perceive time, life, and death. In this context, the symbolic proximity of finitude may intensify feelings of fear, insecurity, and psychological distress. The chapter discusses that anxiety manifestations in old age are often associated with functional losses, changes in social roles, isolation, chronic illnesses,

and reduced autonomy. Symptoms such as excessive worry, irritability, sleep disorders, and hypervigilance may impair the quality of life of older adults, requiring specific attention in the field of mental health. It is also highlighted that fear of death and uncertainties about the future, especially those related to dependency, institutionalization, and illness, may increase emotional vulnerability at this stage of life. However, from the perspective of existential psychology, awareness of finitude may also promote processes of resignification, encouraging reflections on purpose, legacy, and existential authenticity. Among the proposed psychological strategies are listening spaces, social support groups, strengthening social bonds, narrative reconstruction of life history, welcoming spirituality, and interventions focused on anxiety management. Such practices contribute to the symbolization of losses, the construction of meaning, and healthier coping with aging-related distress. It is concluded that old age requires a broader understanding that goes beyond the traditional biomedical model, valuing subjective and existential dimensions. Psychological care aimed at older adults is essential to promote well-being, emotional autonomy, and better quality of life in the face of finitude.

Keywords: old age; aging; anxiety; finitude; mental health; existential psychology.

INTRODUÇÃO

Tão natural quanto nascer é morrer; isso, contudo, não significa que tal fenômeno seja facilmente aceito ou plenamente compreendido pelos indivíduos. Ao longo da história, a morte tem se constituído como objeto de reflexão de inúmeros pensadores, filósofos e tradições religiosas, ocupando lugar significativo nas diversas manifestações da experiência humana, tais como doutrinas, sistemas filosóficos, credos religiosos e expressões artísticas. Nesse contexto, a finitude apresenta-se como um elemento inerente à condição humana, marcando simbolicamente os limites da existência e influenciando a maneira pela qual os sujeitos atribuem sentido à própria vida.

Convém observar que, no processo de envelhecimento, essa consciência da finitude tende a tornar-se progressivamente mais evidente, razão pela qual se torna premente refletir sobre os modos pelos quais os indivíduos lidam com a inevitabilidade da morte. A velhice frequentemente envolve experiências marcadas por transformações físicas, sociais e emocionais que podem suscitar sentimentos de ansiedade, medo da morte e inseguranças relacionadas ao próprio processo de envelhecer. Seja isso decorrente das perdas progressivas, das limitações funcionais ou das mudanças nos papéis sociais, o fato é que o envelhecimento coloca o sujeito diante de questionamentos existenciais que demandam novas formas de elaboração psíquica e de enfrentamento da realidade (Neri, 2014).

Nessa perspectiva, a reflexão acerca da vida e de sua finitude não se configura apenas como um exercício de ordem filosófica, mas também como uma necessidade psicológica e existencial, sobretudo no contexto da velhice. Qual seja, compreender de que modo práticas reflexivas e estratégias de apoio psicossocial podem contribuir para que pessoas idosas lidem de maneira mais saudável com sentimentos de ansiedade e com as inquietações associadas à finitude da vida.

Na tradição judaico-cristã, a reflexão acerca da temporalidade da existência humana encontra expressão poética no Livro de Eclesiastes, obra tradicionalmente atribuída ao rei Salomão. Nesse texto, a vida é apresentada como um processo marcado por ciclos e temporalidades próprias, em que cada acontecimento possui seu momento oportuno. Conforme registrado no capítulo 3, versículos 1 e 2: “Para tudo há uma ocasião certa; há um tempo certo para cada propósito debaixo do céu: tempo de nascer e tempo de morrer, tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou” (Bíblia, 2002, Eclesiastes 3:1-2).

Tal passagem evidencia a compreensão de que a existência humana se insere em uma dinâmica temporal inevitável, na qual nascimento e morte constituem momentos complementares do ciclo da vida. Outrossim, tal perspectiva sugere que a finitude não deve ser compreendida apenas como interrupção da existência, mas também como elemento constitutivo da própria experiência humana, de modo que a consciência da mortalidade influencia diretamente a maneira como o indivíduo interpreta o tempo, os vínculos e o sentido de viver.

Não obstante, a reflexão sobre os limites da vida e sobre o destino humano também encontra expressão em outras tradições culturais. Na mitologia grega, por exemplo, o curso da existência era simbolicamente associado às Moiras, entidades responsáveis por determinar o destino dos homens. Nesse imaginário, Cloto era responsável por fiar o fio da vida, Láquesis determinava sua extensão e Átropos realizava o gesto final e irrevogável de cortar esse fio, encerrando a existência. A figura de Átropos, nesse contexto simbólico, representa a inevitabilidade da morte e a impossibilidade de intervenção humana sobre o momento final da vida.

Tal metáfora mitológica permite compreender que, assim como no mito o fio da existência possui um limite determinado, também na realidade humana a finitude constitui uma condição inescapável. À medida que o indivíduo envelhece, essa percepção tende a tornar-se mais concreta, intensificando reflexões acerca do tempo vivido, das escolhas realizadas e do significado atribuído à própria trajetória.

Sob a ótica da filosofia e da psicologia existencial, essa consciência da finitude assume papel central na construção do sentido da vida. O filósofo Martin Heidegger assevera que o ser humano é um ser-para-a-morte, isto é, um ser cuja existência se estrutura a partir da possibilidade sempre presente da própria finitude. De acordo com essa perspectiva, a consciência da morte não representa apenas um limite biológico, mas uma dimensão fundamental da existência, capaz de orientar o indivíduo na compreensão mais autêntica de si mesmo e de seu modo de ser no mundo (Heidegger, 2012).

Outrossim, o psiquiatra Viktor Frankl (2011) sustenta que a percepção dos limites da existência pode impulsionar o indivíduo na busca por significado e propósito, mesmo diante das adversidades inerentes à vida. Para o autor, a vida conserva potencial de sentido em todas as circunstâncias, de modo que a consciência da finitude pode favorecer processos de ressignificação da experiência humana (Frankl, 2011).

De maneira convergente, o psiquiatra Irvin D. Yalom ressalta que a ansiedade diante da morte constitui uma das preocupações fundamentais da existência humana, podendo intensificar-se em determinadas fases do ciclo vital, especialmente na velhice. Não obstante, quando elaborada de forma reflexiva e acompanhada por suporte psicológico adequado, essa consciência pode favorecer processos de reorganização existencial, permitindo ao indivíduo atribuir novos significados à própria trajetória (Yalom, 2008).

À luz dessas considerações, torna-se premente ampliar o debate acerca do envelhecimento e dos desafios cotidianos enfrentados pelas pessoas idosas, especialmente no que versa sobre a ansiedade diante da finitude e sobre as possibilidades de construção de sentidos que favoreçam um enfrentamento mais saudável dessa etapa da vida. Nesse contexto, práticas reflexivas e estratégias de apoio psicossocial assumem papel relevante, uma vez que podem contribuir para que o sujeito idoso elabore simbolicamente sua relação com o tempo, com a vida e com a inevitável presença da finitude.

O presente capítulo, portanto, parte da seguinte problemática: de que forma práticas reflexivas e de apoio psicossocial podem auxiliar pessoas idosas a lidar com sentimentos de ansiedade, medo da morte e inseguranças relacionadas ao processo de envelhecimento? A relevância da discussão justifica-se pela crescente incidência do envelhecimento populacional e pelas demandas psicológicas associadas a essa etapa da vida, especialmente no que concerne à consciência da finitude e às inquietações existenciais que dela decorrem. A velhice, longe de se restringir a aspectos biológicos, envolve dimensões subjetivas que demandam atenção teórica e prática, sobretudo no campo da psicologia do envelhecimento e da psicologia existencial.

Parte-se da hipótese de que espaços de escuta, reflexão e convivência podem reduzir sentimentos de ansiedade e favorecer a elaboração emocional das angústias relacionadas ao envelhecimento e à finitude. Nesse sentido, o objetivo geral deste capítulo consiste em refletir sobre como práticas de apoio psicológico podem contribuir para a elaboração da ansiedade e das angústias relacionadas à finitude na velhice. Considerando perspectivas, quais sejam: (i) identificar manifestações de ansiedade associadas ao envelhecimento; (ii) compreender como o medo da morte e as incertezas do futuro impactam a saúde mental dos idosos; (iii) discutir estratégias psicológicas que favoreçam a elaboração simbólica da finitude; e (iv) refletir sobre práticas que promovam sentido de vida e bem-estar na velhice.

Por conseguinte, este capítulo propõe uma análise que articula dimensões filosóficas, culturais e psicológicas, mantendo o rigor teórico e a fundamentação em autores que se dedicam ao estudo da existência humana, com vistas a contribuir para uma compreensão mais ampla e sensível do envelhecimento e dos desafios cotidianos enfrentados pelas pessoas idosas.

No desenvolvimento das reflexões aqui propostas, optou-se por uma abordagem de natureza qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, ancorada em revisão bibliográfica, a qual se mostra particularmente adequada à análise de fenômenos complexos que envolvem dimensões subjetivas da experiência

humana. Tal perspectiva permite a interpretação crítica de produções teóricas já consolidadas acerca do envelhecimento, da finitude e das estratégias de apoio psicossocial voltadas à população idosa, favorecendo uma compreensão ampliada dos significados, percepções e modos de elaboração construídos pelos sujeitos ao longo do curso da vida.

Nessa direção, a investigação fundamenta-se no exame de contribuições oriundas de diferentes campos do saber, especialmente da Psicologia, da Gerontologia e da Psicologia Existencial, áreas que oferecem subsídios relevantes para a compreensão das vivências associadas à velhice e às inquietações diante da finitude. A interlocução com tais referenciais teóricos possibilita situar o envelhecimento não apenas como um processo biológico, mas como uma experiência atravessada por sentidos, afetos e construções simbólicas.

A seleção das obras e estudos considerados neste capítulo orientou-se por temáticas centrais ao problema investigado, tais como envelhecimento, finitude, ansiedade, psicopatologia e velhice, contemplando produções publicadas, majoritariamente, entre os anos de 2010 e 2025, de modo a assegurar a atualidade e a pertinência das discussões mobilizadas. Esse recorte temporal, contudo, não exclui a incorporação de autores clássicos, cuja relevância teórica permanece fundamental para a análise proposta.

A leitura e a interpretação do material teórico foram conduzidas de forma analítica e reflexiva, buscando identificar aproximações, tensões e contribuições que permitam compreender as relações entre envelhecimento, ansiedade diante da morte e construção de sentidos na velhice. Tal movimento interpretativo possibilita articular diferentes perspectivas, favorecendo uma análise crítica e integrada do tema.

Importa destacar que essa forma de abordagem encontra respaldo nas contribuições de Antônio Carlos Gil (2008) e de Eva Maria Lakatos e Marina de Andrade Marconi (2010), que concebem a pesquisa bibliográfica como um procedimento fundamental para o exame crítico do conhecimento científico já produzido. Nessa perspectiva, a sistematização e a análise de referenciais teóricos não apenas organizam o estado da arte sobre determinado tema, mas também contribuem para o aprofundamento das discussões e para a construção de novas interpretações no campo acadêmico.

Dessa forma, sem se restringir a uma exposição metodológica formal, o percurso adotado neste capítulo orienta a construção de uma análise que busca compreender, de maneira sensível e fundamentada, os desafios cotidianos enfrentados na velhice, especialmente no que concerne à ansiedade e à finitude, articulando teoria e reflexão em torno da experiência humana em sua complexidade.

Manifestações de ansiedade associadas ao envelhecimento.

O processo de envelhecimento se configura como um fenômeno multifacetado, no qual alterações biológicas, psicológicas e sociais podem contribuir para o surgimento ou intensificação de manifestações ansiosas, seja isso decorrente de perdas funcionais, mudanças de papéis sociais ou maior exposição a eventos

estressores. Para tanto, torna-se fundamental reconhecer que a ansiedade, qual seja, enquanto estado emocional caracterizado por apreensão, insegurança e medo difuso, pode apresentar-se de maneira particular na população idosa, frequentemente associada à diminuição da autonomia, ao isolamento social e às condições crônicas de saúde (Oliveira; Antunes; Oliveira, 2017).

Nessa perspectiva, atesta-se que manifestações como preocupação excessiva com a saúde, irritabilidade, distúrbios do sono, tensão constante e hipervigilância são recorrentes entre idosos, impactando diretamente sua qualidade de vida e funcionalidade cotidiana. Ademais, estudos indicam que tais manifestações não devem ser compreendidas de forma isolada, mas articuladas a fatores contextuais, como suporte social reduzido e eventos de perda, os quais potencializam quadros ansiosos no envelhecimento (Chnaider; Nakano, 2021).

Outrossim, convém destacar que o envelhecimento acarreta vulnerabilidades específicas que tornam premente a identificação precoce dessas manifestações, uma vez que a ansiedade pode se apresentar de forma subclínica ou mascarada por sintomas somáticos, dificultando seu reconhecimento e manejo adequado. Assim, identificar tais manifestações, qual seja, em sua dimensão subjetiva e comportamental, constitui etapa essencial para o desenvolvimento de estratégias de intervenção voltadas à promoção da saúde mental na velhice.

O Medo da Morte e as Incertezas do Futuro Impactam a Saúde Mental dos Idosos

O envelhecimento humano se caracteriza a partir de conjunto de transformações que extrapolam a dimensão biológica, alcançando aspectos existenciais profundos, dentre os quais se destacam o medo da morte e as incertezas em relação ao futuro. Tais elementos, qual seja, constituem-se como fatores psicossociais relevantes que podem incidir diretamente sobre a saúde mental da pessoa idosa, de modo que favorecem o surgimento de estados de ansiedade, angústia e sofrimento psíquico (Veras, 2009).

Nessa direção, o avanço da idade tende a aproximar o indivíduo da finitude, o que pode embotar mecanismos psíquicos de enfrentamento anteriormente eficazes, sobretudo quando associados a perdas sucessivas, como a diminuição da rede social, o declínio funcional e o adoecimento. Assim, o medo da morte não se apresenta apenas como um temor abstrato, mas como uma experiência concreta que atravessa o cotidiano dos idosos, influenciando sua percepção de sentido da vida e seu bem-estar emocional (Neri, 2018).

De mais a mais, as incertezas quanto ao futuro, especialmente no que se refere à dependência, à institucionalização e às condições de saúde, configuram-se como elementos que intensificam a vulnerabilidade psicológica nessa fase da vida. De modo que tais preocupações podem desencadear ou agravar quadros de sofrimento mental, exigindo uma abordagem sensível e integrada por parte dos profissionais de saúde (Venceslau *et al.*, 2023; Sousa *et al.*, 2022).

Dessa forma, compreender como o medo da morte e as indefinições que permeiam o futuro impactam a saúde mental dos idosos torna-se fundamental para o desenvolvimento de intervenções que promovam suporte emocional, ressignificação da finitude e melhor qualidade de vida no envelhecimento.

Possíveis Estratégias Psicológicas que Favoreçam a Elaboração Simbólica da Finitude

As possíveis estratégias psicológicas que favorecem a elaboração simbólica da finitude articulam-se, primeiramente, à promoção da construção de sentido, especialmente a partir de referenciais como a logoterapia e a abordagem existencial. Nessa direção, a busca de sentido diante da finitude possibilita ao sujeito ressignificar sua trajetória e atribuir valor à própria existência, mesmo frente à morte. A finitude, portanto, não se reduz a um evento terminal, mas pode operar como elemento mobilizador de sentido e continuidade simbólica da vida (Oliveira; Araújo, 2012). Tal perspectiva se concretiza por meio da exploração da história de vida, da valorização de legados simbólicos e da reflexão sobre realizações e projetos concluídos ou ainda possíveis.

Outra estratégia relevante consiste na elaboração do luto antecipatório, especialmente em idosos que vivenciam perdas progressivas, sejam elas funcionais, sociais ou existenciais. Esse processo favorece a simbolização da morte antes de sua ocorrência, reduzindo a angústia e promovendo maior integração emocional. De acordo com Peralta *et al.* (2022), o luto antecipatório permite que o idoso elabore perdas e reorganize afetivamente sua relação com a vida e a morte, contribuindo para a diminuição do sofrimento psíquico. Nesse contexto, destacam-se como formas de aplicação a criação de espaços de escuta qualificada, a expressão de sentimentos como medo, tristeza e ambivalência, bem como o reconhecimento gradual das perdas.

A elaboração simbólica da finitude também se dá por meio da narrativa, da linguagem e da simbolização da experiência de vida. Ao narrar sua história, o sujeito reorganiza memórias e constrói coerência existencial, o que atenua a ansiedade frente ao morrer. Entre as possibilidades de aplicação, incluem-se a terapia narrativa, a escrita autobiográfica e a participação em rodas de conversa e grupos terapêuticos. Essa estratégia articula-se à compreensão de que a morte é mediada por representações sociais, sendo passível de elaboração simbólica no campo da linguagem (Farias de Oliveira; Fernandes de Araújo, 2012).

Assim, o fortalecimento de vínculos e do suporte psicossocial constitui elemento fundamental no enfrentamento da finitude, tornando-o menos angustiante quando há rede de apoio e relações significativas que funcionam como sustentação simbólica diante da ameaça de ruptura. Nesse sentido, intervenções familiares, grupos de convivência e práticas intergeracionais configuram-se como importantes formas de aplicação, na medida em que reduzem sentimentos de isolamento e desamparo, frequentemente associados ao sofrimento psíquico em idosos (Peralta *et al.*, 2022).

A integração da dimensão espiritual e existencial também se apresenta como estratégia relevante, uma vez que a espiritualidade, quando considerada de forma ética e não impositiva, constitui importante recurso simbólico para a elaboração da finitude, ao oferecer referenciais de transcendência e continuidade. Tal integração pode ocorrer por meio do acolhimento das crenças do sujeito, da promoção de reflexões sobre transcendência e legado e da incorporação da espiritualidade no cuidado.

Então torna-se premente o acolhimento da ansiedade de morte, compreendida como elemento estruturante da experiência humana. Estratégias que possibilitem sua simbolização, em vez de sua negação, favorecem maior equilíbrio psíquico. Nesse âmbito, destacam-se a psicoeducação sobre a finitude, a utilização de técnicas de enfrentamento da ansiedade e a criação de espaços que permitam a tematização da morte.

Dessa forma, observa-se que a elaboração simbólica da finitude não se reduz a um processo de aceitação passiva da morte, mas configura-se como um movimento ativo de construção de sentido, no qual se articulam dimensões afetivas, narrativas, sociais e existenciais. Torna-se, pois, fundamental que as intervenções psicológicas considerem tais estratégias de modo integrado, qual seja, favorecendo a resignificação da experiência de morrer, a simbolização das perdas e a sustentação subjetiva do idoso diante das contingências do porvir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz das discussões empreendidas, torna-se evidente que a finitude, embora constitua um dado inerente à condição humana, não se apresenta como uma experiência de fácil elaboração, especialmente no contexto do envelhecimento. Ao contrário, verifica-se que, à medida que o sujeito avança no ciclo vital, a consciência da morte tende a intensificar-se, suscitando angústias, medos e inquietações existenciais que incidem diretamente sobre sua saúde mental e seu bem-estar psicológico.

Nesse sentido, o presente estudo permitiu compreender que o envelhecimento não se reduz a um processo biológico, mas configura-se como uma experiência complexa, atravessada por transformações subjetivas, sociais e existenciais. Qual seja, aspectos como o medo da morte, as indefinições quanto ao porvir, as perdas progressivas e as mudanças nos papéis sociais emergem como elementos que podem potencializar manifestações de ansiedade e sofrimento psíquico na velhice, exigindo, portanto, um olhar sensível e ampliado por parte dos profissionais de saúde.

Outrossim, verificou-se que a consciência da finitude, longe de representar apenas um fator de sofrimento, pode também operar como elemento mobilizador de sentido, conforme assinalam as abordagens da psicologia existencial. Nessa perspectiva, torna-se possível compreender que o reconhecimento dos limites da existência pode favorecer processos de resignificação da vida, contribuindo para

uma vivência mais autêntica, integrada e significativa do envelhecer.

Ademais, os resultados apontam que práticas reflexivas e estratégias de apoio psicossocial assumem papel fundamental na elaboração simbólica da finitude. Intervenções que promovem a construção de sentido, a expressão narrativa, o fortalecimento de vínculos, o acolhimento da espiritualidade e o manejo da ansiedade de morte mostram-se eficazes no enfrentamento das angústias existenciais, de modo que possibilitam ao sujeito idoso reorganizar sua relação com o tempo, com a vida e com a própria morte.

Dessa forma, a hipótese inicialmente proposta, de que espaços de escuta, reflexão e convivência podem reduzir sentimentos de ansiedade e favorecer a elaboração emocional das angústias relacionadas ao envelhecimento e à finitude, mostra-se corroborada à luz da literatura analisada. Tais espaços configuram-se como dispositivos potentes de cuidado, na medida em que favorecem a simbolização das experiências, a construção de sentido e o fortalecimento da subjetividade na velhice.

Por fim, considera-se que o estudo contribui para ampliar a compreensão acerca das interfaces entre envelhecimento, psicopatologia e finitude, ressaltando a importância de práticas psicológicas que transcendam o modelo biomédico e contemplem as dimensões existenciais do sujeito. Torna-se, pois, premente que futuras pesquisas aprofundem tais discussões, sobretudo por meio de investigações empíricas que possam explorar, de maneira mais direta, as experiências vividas por pessoas idosas diante da finitude, bem como avaliar a efetividade das intervenções propostas no contexto real de cuidado.

REFERÊNCIAS

- BÍBLIA. Bíblia Sagrada. **Tradução de João Ferreira de Almeida. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2002.** Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/acf>. Acesso em: 20 mar. 2026.
- CHNAIDER, Janaina; NAKANO, Tatiana de Cássia. **Avaliação psicológica e envelhecimento humano: revisão de pesquisas.** *Interação em Psicologia*, Curitiba, Paraná, Brasil, v. 25, n. 3, 2021. DOI: 10.5380/riep.v25i3.72089. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/72089>. Acesso em: 21 mar. 2026.
- FARIAS DE OLIVEIRA, Sandra Carolina; FERNANDES DE ARAÚJO, Ludgleydson. A finitude na perspectiva de homens idosos: um estudo das representações sociais. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S. l.], v. 15, n. Especial12, p. 66–83, 2013. DOI: 10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial12p66-83. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5547>. Acesso em: 21 mar. 2026.
- FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração.** 36. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. Disponível em: <https://edisciplinas>.

usp.br/pluginfile.php/4141908/mod_resource/content/1/Em%20busca%20de%20sentido%20-%20Viktor%20Frankl.pdf. Acesso em: 22 mar. 2026.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4431910/mod_resource/content/1/GIL%20-%20M%C3%A9todos%20e%20t%C3%A9cnicas%20de%20pesquisa%20social.pdf. Acesso em: 22 mar. 2026.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. Disponível em: <https://bibliotecaonlinedahisfj.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/02/heidegger-martin-ser-e-tempo-parte-i.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2026.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4431912/mod_resource/content/1/Lakatos%20e%20Marconi%20-%20Fundamentos%20de%20Metodologia%20Cient%C3%ADfica.pdf. Acesso em: 22 mar. 2026.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em gerontologia**. 4. ed. Campinas: Alínea, 2014.

OLIVEIRA, Daniel Vicentini de; ANTUNES, Mateus Dias; OLIVEIRA, Julimar. **Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa**. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 4, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/10138>. Acesso em: 22 mar. 2026.

PERALTA, Francine Ribas; SOUZA, Gabriela Lins de; MEDEIROS, Danuta; SALLES, Rodrigo Jorge. A compreensão do luto antecipatório em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 691–713, 2022. DOI: 10.23925/2176-901X.2021v24i1p691-713. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/49916>. Acesso em: 22 mar. 2026.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548–554, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/pmygXKSrLST6QgvKyVwF4cM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2026.

VENCESLAU, Hemanuelle Gomes; SANTANA, Michael Moreira Cruz Gonçalves; SOUZA, Arianne Gondim de Souza; CABRAL, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira; BEZERRA, Martha Maria Macedo. Envelhecimento e qualidade de vida dos idosos institucionalizados. ID on line. **Revista de psicologia**, [S. l.], v. 17, n. 67, p. 1–9, 2023. DOI: 10.14295/idonline.v17i67.3796. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3796>. Acesso em: 21 mar. 2026.

YALOM, Irvin D. **Psicoterapia existencial**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Ana Luiza Barcelos Ribeiro

Possui graduação em psicologia - Institutos Superiores de Ensino Nossa Senhora Auxiliadora (2012), graduação em Pedagogia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2012), mestrado em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2019) e doutorado em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2024). Atualmente é professor adjunto da Faculdade Metropolitana São Carlos, coordenador de pós-graduação da Faculdade Metropolitana São Carlos, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental inclusão escolar, educação, formação docente, psicopedagogia institucional e tecnologia assistiva.

Maria Isabel Rosa da Silva Arello

Psicóloga graduada pela Universidade Federal Fluminense. Doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS/UFRJ). Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pelo PPGBIOS-NUBEA/UFRJ. Especialista em Psicologia Clínica Institucional pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), na modalidade Residência Hospitalar. Pós-graduada em Aspectos Psicológicos do Cuidado ao Paciente Crítico, à Família e à Equipe pela Universidad de Alcalá (Espanha), onde também realizou curso de extensão em Psicologia Intensiva. Pós-graduada em Cuidados Paliativos pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Docente dos cursos de Graduação em Medicina, Psicologia e Educação Física do Centro Universitário UniFAMESC (campus Bom Jesus do Itabapoana-RJ). Orientadora da Linha de Pesquisa Contribuições da psicologia ao campo hospitalar: das práticas assistenciais à saúde do trabalhador, vinculada ao Grupo de Pesquisa em Saúde Pública da instituição. Supervisora do Estágio Supervisionado em Psicanálise da Clínica Escola da UniFAMESC. Atua em consultório particular, com referencial psicanalítico..

A

ansiedade 14, 16, 41, 74, 81, 111, 113, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 129
autoestima 17, 46, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 74, 76, 80, 81, 113, 115

B

banco de dados 11
bem-estar 43, 55, 57, 59, 68, 80, 81, 82, 107, 112, 116, 117, 121, 124, 126, 128
borderline 35, 36, 37, 38, 39
brincar 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

C

capital simbólico 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83

D

declínio cognitivo 103, 105, 108, 112, 113, 118
depressão 16, 17, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 103, 105, 110, 111, 112, 118
depressivos 57, 59, 61, 62, 63, 110, 111, 113, 115
desenvolvimento 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 46, 48, 51, 52, 54, 81, 110, 112, 115, 119, 124, 126, 127
discriminação 74, 75, 79, 80, 81, 82, 83, 99
diversidade 74, 75, 80, 81, 82, 83
doença 42, 65, 66, 84, 85, 88, 89, 90, 91, 92, 108, 111, 116, 120

E

educação 1, 2, 3, 7, 8, 9, 19, 21, 93, 131
emergência 24, 31

envelhecimento 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, ,
103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112,
113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122,
124, 125, 126, 127, 128, 129
esquizofrenia 65, 66, 67, 69, 70, 72, 73
estética 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82
estratégias 13, 16, 17, 19, 39, 53, 62, 66, 74, 76, 81,
82, 88, 109, 113, 117, 121, 122, 124, 125, 126, 127,
128, 129
ética 31, 84, 85, 89, 91, 92, 93, 101, 109, 112, 128

F

fatores de risco 11, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 58, 114
fenomenologia 35, 38, 40, 41, 43
funcionalidade 39, 103, 105, 107, 108, 112, 113,
116, 117, 118, 126

H

habilidades 7, 19, 46, 48, 51, 52, 54, 55, 77, 78
hospitalar 24, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 87, 131
humanização 24, 26, 33, 71

I

ideação suicida 57, 59, 60, 61, 62, 63
infantil 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 20
insônia 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64
interações sociais 46, 48, 54, 78, 80

N

neonatal 24, 25

P

pessoa idosa 95, 96, 102, 103, 105, 107, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 126
políticas públicas 20, 57, 62, 63, 70, 72, 84, 86, 88, 93, 103, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118
processos terapêuticos 46
psicanálise 1, 2, 3, 4, 10, 21, 24, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 40, 48, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102
psicanalítica 8, 24, 26, 29, 32, 34, 45, 98, 99, 100, 101
psicologia 1, 2, 3, 24, 26, 31, 36, 74, 75, 81, 82, 96, 101, 116, 121, 123, 124, 128, 129, 130, 131
psicológicas 1, 3, 15, 33, 42, 49, 65, 97, 102, 113, 116, 117, 121, 124, 125, 127, 128, 129
psicopatologia 16, 24, 26, 28, 32, 33, 35, 37, 40, 41, 42, 44, 45, 97, 101, 103, 105, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 125, 129
psicoterapia 46, 52, 54, 55
psiquiátrica 65, 67, 70, 72, 73, 84, 87, 90, 91, 94
psíquico 2, 5, 6, 7, 9, 24, 27, 28, 37, 57, 58, 59, 63, 66, 73, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, , 103, 105, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 121, 126, 127, 128

Q

qualidade de vida 11, 46, 47, 49, 54, 55, 71, 73, 96, 103, 104, 106, 107, 109, 111, 112, 117, 121, 126, 127, 130

R

reconstrução identitária 35, 43
reinserção social 65
risco suicida 57, 59, 60, 61, 62, 63

S

saudáveis 15, 46, 48, 49, 52, 53, 54
saúde mental 15, 18, 36, 57, 63, 67, 68, 70, 71, 72,

73, 76, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93,
96, 102, 103, 105, 107, 110, 111, 114, 115, 116,
117, 118, 121, 124, 126, 127, 128, 131
sistema manicomial 65, 66, 71, 73
sofrimento psíquico 24, 37, 58, 63, 66, 84, 85, 86, 87,
88, 89, 90, 92, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103,
105, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117,
121, 126, 127, 128
sono 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 121, 126
subjetividade 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 26, 40, 76, 78, 81, 82,
92, 97, 98, 100, 101, 119, 129
suicida 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63

T

terapia 20, 27, 35, 45, 46, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 57,
58, 61, 63, 69, 127
transtorno 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21,
22, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50,
51, 52, 53, 54, 55, 59, 63, 65, 66, 67, 71, 73, 110,
111
transtorno de personalidade 35, 36, 37, 38, 46, 51,
53, 55
transtornos 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 36, 50, 51,
53, 54, 55, 56, 58, 60, 68, 69, 70, 72, 87, 93, 103,
105, 108, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118,
119

V

velhice 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104,
105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114,
115, 116, 117, 119, 121, 122, 124, 125, 126, 128,
129
vida psíquica 1, 2, 3, 4, 8, 9, 27, 101
vida social 16, 46, 48, 49, 50, 52, 54, 80, 113
violência 12, 15, 20, 68, 71, 74, 79, 80, 81, 87, 90,
107, 109, 111, 113, 115, 117, 118
vulnerabilidade 16, 18, 25, 27, 50, 52, 53, 70, 103,
105, 106, 107, 109, 113, 114, 115, 117, 118, 121,
126



AYA EDITORA
2026

