



ISSN: 1982-5471



MOSAICO
Estudos em Psicologia

v.13, n.1 (2025)

DePsi
Departamento de
Psicologia UFMG

FAFICH

UFMG



CORPO EDITORIAL

Editora-Chefe

Ana Carolina Cordeiro Alves

Editor Associado Secretário

Anderson Moraes Pires

Editores/as Associados/as

Ágnes Mira Maria Coriolano
Ana Luisa Guimarães Frederico Xavier
Bruna Cristina Muller Paiva
Bruna Sguerri Dias
Carolina Guitzel Borghi
Emerson Batista Silva Oliveira
Glaiscy Felix da Silva
Hermógenes Abraão Paz Siqueira
Janaína Cristina de Sousa Bertoldo e Martins
Júlia Somberg Alves
Julia Costa de Oliveira
Laís Caires Gonzaga
Letícia Blandina Cardoso Ferreira Monteiro
Lucas Soares dos Santos
Natália de Oliveira Viana
Pedro Henrique Chaves Cardoso
Yuri Fernandes dos Santos

EQUIPE DE REVISÃO TEXTUAL

Caio César Costa
Camila Guerra Contine
Glayson Oliveira
Julia Gomes Rebeca Silvestre
Vinícius Henrique Teixeira da Silva

CONSELHO CONSULTIVO

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Dra. Jacqueline de Oliveira Moreira
Dra. Maria Ignez Costa Moreira
Dra. Roberta Carvalho Romagnoli

Universidade Federal de Minas Gerais

Dr. Adriano R. A. do Nascimento
Dra. Déborah Rosária Barbosa
Dra. Elizabeth do Nascimento
Dr. Gilson de Paulo Moreira Iannini
Dra. Lisandra Espíndula Moreira
Dra. Maria Luísa Magalhães Nogueira
Dr. Maycoln Martins Teodoro
Dra. Thais Porlan de Oliveira
Dr. Vitor Geraldi Haase

Universidade Federal de Viçosa

Dr. Eduardo Simonini Lopes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dra. Ana Karenina de M. A. Amorim

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dra. Simone Mainieri Paulon

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Diretora

Dra. Thaís Porlan de Oliveira

Vice-diretor

Dr. Rogério Duarte do Pateo

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Ana Carolina Cordeiro Alves
Editora-chefe

CONTATO

Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciência Humanas, Sala F3037. Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha; CEP 31.270-901; Belo Horizonte- MG.
Site: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/mosaico>
Email: mosaico.epsicologia@gmail.com

Editorial

Ana Carolina Cordeiro Alves¹, Anderson Moraes Pires²

¹ Editora-chefe; ² Editor associado secretário

É com grande satisfação que apresentamos a primeira edição de 2025 da *Mosaico: Estudos em Psicologia*. Temos trabalhado intensamente para garantir a qualidade e a regularidade desta publicação, para reafirmar nosso compromisso com a produção e divulgação do conhecimento científico em Psicologia. A *Mosaico* é uma revista sempre comprometida com a promoção de um espaço plural, crítico e ético de discussão científica. Buscamos publicar pesquisas que contribuam de modo relevante para o avanço da área, respeitando a diversidade de temas e abordagens à(s) psicologia(s) e sempre pautados pela responsabilidade metodológica e ética.

A publicação desta edição marca a gestão de Ana Carolina Cordeiro Alves e Anderson Moraes Pires, que ocupam os cargos de editora-chefe e editor associado secretário, respectivamente. Para o próximo semestre, inicia-se uma nova gestão editorial: Pedro Henrique Chaves Cardoso passa a ser o novo editor-chefe da *Mosaico*, dando continuidade ao trabalho de fortalecimento da revista no cenário acadêmico.

A seção de **Relatos de Pesquisa** desta edição reúne investigações empíricas que abordam temas diversos e relevantes para a Psicologia contemporânea. O artigo “Autenticidade e vitalidade subjetiva como preditores do funcionamento ótimo na sociedade” analisa o papel dessas variáveis na promoção do bem-estar psicológico, destacando sua influência positiva sobre aspectos centrais do funcionamento humano. Já o estudo “Ouvindo a si mesmo na depressão: análise quanti/quali de memórias autobiográficas com estímulos de autorreferência”, investiga como memórias pessoais são evocadas por pessoas com e sem sintomatologia depressiva, apontando implicações psicoterapêuticas. A pesquisa “Saúde e (in)justiça reprodutiva: um panorama geral sobre os serviços de abortamento legal no Brasil” revela os entraves enfrentados no acesso a esse direito, evidenciando um cenário de precariedade e desinformação que compromete a efetivação da atenção humanizada. Por fim, o artigo “A relação entre o tempo de tela das crianças e as funções executivas de crianças em idade escolar” discute os impactos do uso de dispositivos digitais sobre aspectos cognitivos no desenvolvimento infantil.

A seção **Revisões de Literatura** apresenta reflexões importantes para a atuação clínica e a compreensão aprofundada de fenômenos contemporâneos no campo da Psicologia. O artigo “Diagnóstico do Transtorno Borderline em adolescentes: uma revisão integrativa de literatura” discute os desafios e avanços na identificação precoce desse transtorno nessa faixa etária. Em “Migração

involuntária sob a perspectiva da psicanálise: uma revisão de literatura”, são explorados os efeitos psíquicos do deslocamento forçado, analisando temas como luto, trauma e pertencimento. Já o artigo “Assistência ao luto em cuidados paliativos após morte por câncer”, investiga práticas voltadas ao acolhimento de famílias enlutadas em contextos de cuidados paliativos pediátricos.

Em suma, esta edição é um convite ao debate sobre questões contemporâneas que atravessam a prática e a pesquisa em Psicologia. Os artigos aqui reunidos refletem a diversidade e a complexidade de temas que mobilizam pesquisadoras e pesquisadores em diferentes contextos. Esperamos que a leitura seja proveitosa e que as contribuições publicadas sejam fontes de informação e inspiração para novas pesquisas, reflexões e diálogos na Psicologia.

Agradecemos a todos os colaboradores, revisores e leitores que fortalecem, a cada edição, o propósito da *Mosaico*, e que contribuíram para o bom andamento desta gestão. Seguimos comprometidos com a nossa meta de periodicidade semestral e com a construção de uma Psicologia crítica, plural e ética.

Boa leitura!

AUTENTICIDADE E VITALIDADE SUBJETIVA COMO PREDITORES DO FUNCIONAMENTO ÓTIMO NA SOCIEDADE

AUTHENTICITY AND SUBJECTIVE VITALITY AS PREDICTORS OF OPTIMAL FUNCTIONING IN SOCIETY

Amanda Rizzieri Romano¹, Daniele de Campos², Leonardo Botinhon de Campos³, Maynara Priscila Pereira da Silva⁴, Evandro Morais Peixoto⁵

Resumo

Objetivou-se analisar o poder preditivo de autenticidade e vitalidade subjetiva sobre o funcionamento ótimo na sociedade. Participaram 216 indivíduos com idade entre 18 e 83 anos ($M = 32,5$, $DP = 12,7$; 76,9% sexo feminino). Análises fatoriais confirmatórias demonstraram adequação aos modelos empregados para todas as variáveis, e verificaram-se bons indicadores de precisão ($>0,7$). Foram encontradas correlações significativas positivas para viver autêntico e vitalidade subjetiva; negativas entre autoalienação e com exceção de relacionamentos não-românticos, com todos os fatores da escala de funcionamento ótimo, e aceitação da influência externa se associou negativamente com bem-estar psicológico. A análise de regressão múltipla indicou efeito significativo e positivo entre viver autêntico e aceitação de influência externa e os fatores de funcionamento ótimo, enquanto autoalienação teve efeito significativo negativo. Vitalidade subjetiva também demonstrou efeito significativo positivo sobre o funcionamento ótimo na sociedade. Conclui-se que a autenticidade e vitalidade, influenciam a promoção e manutenção de bem-estar dos sujeitos.

Palavras-chave: psicologia positiva, avaliação psicológica, evidências de validade, predição.

Abstract

The aim was to estimate the predictive power of authenticity and subjective vitality on optimal functioning in society. A total of 216 individuals aged between 18 and 83 years participated ($M = 32.5$, $SD = 12.7$; 76.9% female). Confirmatory factor analyses demonstrated adequacy for the models employed for all variables, with good indicators of precision (>0.7). Significant positive correlations were found for living authentically and subjective vitality; negative correlations were observed between self-alienation and, except for non-romantic relationships, all factors of the optimal functioning scale, and acceptance of external influence was negatively associated with psychological well-being. Multiple regression analysis indicated a significant and positive effect between living authentically and accepting external influence and the factors of optimal functioning, while self-alienation had a significant negative effect. Subjective vitality also showed a significant positive effect on optimal functioning in society. In conclusion, authenticity and vitality influence the promotion and maintenance of individuals' well-being.

Keywords: positive psychology, psychological assessment, validity evidence, prediction.

¹ Doutoranda no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Psicologia da Universidade São Francisco (USF).

Contato:
amandarizzieriromano@gmail.com

² Doutoranda no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Psicologia da Universidade São Francisco (USF).

Contato: dccampos07@hotmail.com

³ Mestrando no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Psicologia da Universidade São Francisco (USF).

Contato:
leonardobotinhonpsicologo@gmail.com

⁴ Doutoranda no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Psicologia da Universidade São Francisco (USF).

Contato: maynaraprisilap@gmail.com

⁵ Doutor e Docente no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Psicologia da Universidade São Francisco (USF).

Contato: epeixoto_6@hotmail.com

Editor-associado: Janaína de Sousa Bertoldo e Martins

Recebido em: 07/10/2023

Aceito em: 26/02/2024

Publicado em: 04/08/2025

Citar: Romano, A. R., Campos, D., Campos, L. B., Silva, M. P. P., & Peixoto, E. M. (2025). Autenticidade e vitalidade subjetiva como preditores do funcionamento ótimo na sociedade. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 13(1), 1-16.

Introdução

A Psicologia Positiva, movimento fundamentado a partir do Humanismo, reuniu diferentes tópicos de estudo acerca de características positivas, possibilitando novas perspectivas sobre o comportamento humano. Nessa direção, o construto bem-estar, a partir dos anos 2000, tem sido uma variável emergente nas investigações em psicologia. Dentre esses esforços destacam-se aqueles voltados para a definição do bem-estar, mensuração deste fenômeno psicológico e compreensão das variáveis psicológicas, sociais e organizacionais associadas.

O Bem-estar diz respeito à uma vivência integral, composto por diferentes dimensões que retratam a promoção de saúde, já que conta com aspectos subjetivos, psicológicos e sociais (Chénard-Poirier et al., 2023; Vallerand, 2013). Nesse sentido, para investigação de possíveis preditores do bem-estar, sugere-se que as variáveis autenticidade, caracterizada pela consciência de si, regulação emocional, motivações e valores (Balbino et al., 2018) e vitalidade subjetiva, energia do indivíduo junto a aspectos biológicos e psicológicos (Dubreuil et al., 2016), pode contribuir para a maior percepção do bem-estar. Portanto, o presente estudo tem como objetivo compreender a relação entre autenticidade, vitalidade subjetiva e bem-estar.

Funcionamento Ótimo na Sociedade: uma nova proposta de bem-estar

É possível observar diversas tendências e perspectivas para compreensão do bem-estar, contudo, poucas são aquelas que abrangem múltiplos aspectos da vida humana (Chénard-Poirier et al., 2023). A partir disso, Vallerand (2013) propôs o Funcionamento Ótimo na Sociedade (*Optimal Functioning in Society* - OFIS) como uma alternativa às perspectivas anteriores, ou seja, aborda o bem-estar enquanto um fenômeno global e multidimensional. Esta proposta caminha em direção ao que a Organização Mundial da Saúde preconiza a respeito da saúde, isto é, abranger os domínios da vida: físico, psicológico e social.

O modelo OFIS abarca aspectos como o bem-estar psicológico, desempenho na principal área de atuação, qualidade dos relacionamentos românticos, qualidade dos relacionamentos não românticos, saúde física e contribuição à sociedade (Chénard-Poirier et al., 2023). O bem-estar psicológico reflete as emoções positivas experienciadas pelo sujeito, bem como a ausência de emoções negativas (Diener et al., 2010). O desempenho (i.e., domínio do ambiente) retrata alguma área em que o sujeito invista energia e tempo e, a considere relevante para a sua vida (i.e., vida profissional e educacional), essa percepção em relação ao desempenho é importante para compreensão acerca do bem-estar do indivíduo, pois influencia diretamente na sensação de ter eficiência e produtividade (Vallerand, 2013).

A construção de relacionamentos saudáveis, românticos e não românticos, tendem a produzir percepção de suporte social, gratificação e amorosidade (Diener et al., 2010; McGrath et al., 2010). As

diversas configurações possíveis destas relações, como por exemplo, ter relações românticas e não ter amigos, ou ter amizades e não ter um parceiro romântico faz com que seja recomendado a avaliação destes dois tipos de relações (Birditt & Antonucci, 2007).

Considerando que as expressões do aspectos bem-estar psicológicos como a saúde física, os relacionamentos e a contribuição para a sociedade são representativos do OFIS. Pode-se inferir que estes construtos estão alinhados com uma atitude eudaimônica, que reflete a realização pessoal em todos os aspectos da vida. No entanto, Vallerand (2013) explica que alcançar somente o próprio potencial não define altos níveis de funcionamento ótimo, mas sim a energia que é investida para alcançá-lo.

O OFIS avança na conceituação de bem-estar ao considerar dois importantes elementos, como o bem-estar físico e contribuição para sociedade. Considerar o bem-estar físico é fundamental, porque influencia o funcionamento global do sujeito e, estudos demonstram uma interação entre a saúde física, bem-estar psicológico e outros aspectos do funcionamento humano (Holt-Lunstad, 2018). Por fim, a contribuição para a comunidade em que reside ou sociedade de modo geral pode favorecer o bem-estar dos outros é um indicador de bem-estar social (Diener et al., 2010). Dessa forma, compreende-se que o OFISS se refere à vivência subjetiva de um indivíduo que experimenta altos níveis de bem-estar no domínio físico e psicológico, com o nível de desempenho na principal área de ocupação, em suas relações afetivas românticas e não-românticas, bem como as contribuições para a comunidade ou sociedade na qual o indivíduo está inserido (Chénard-poirier et al., 2023).

Autenticidade

O construto autenticidade possui uma definição multidisciplinar. Inicialmente a autenticidade foi conceituada como um aspecto organizador da personalidade, como orientação de valores e atitudes, experiência emocional e sentimento sobre o *self* (Balbino et al., 2018). A partir da abordagem humanista, Wood et al. (2008), compreendendo a autenticidade como uma diferença individual ou traço, ou seja, o sujeito é visto como mais ou menos autêntico, os autores propuseram uma divisão da autenticidade em três níveis. O primeiro nível retrata a experiência organísmica do sujeito, o segundo nível representa a simbolização consciente e, por último, o terceiro nível diz respeito a expressão comportamental e comunicação.

Desta maneira, a autenticidade funciona na relação entre a experiência organísmica e a representação consciente, em que pode haver ou não correspondência entre ambas, e o nível dessa relação expressa autoalienação, conforme integração ou distorção entre esses níveis. A representação consciente e a expressão comportamental e comunicação podem ou não se relacionar, porém, quando há correspondência entre ambas há um aumento do viver autêntico (i.e., comportamentos de acordo com o *self* percebido). Ademais, os três níveis também podem ou não interagir entre si, e

define a aceitação da influência externa (i.e., atitude saudável de escutar os outros) (Wood et al., 2008).

Portanto, a autoalienação avalia aqueles indivíduos que não estão conectados consigo mesmo. O viver autêntico, por sua vez, reflete o nível em que os comportamentos correspondem à própria consciência da experiência subjetiva. E a aceitação de influência externa avalia o nível em que as relações moldam os comportamentos individuais dos sujeitos. Nesse sentido, experienciar os diferentes níveis de autenticidade podem gerar benefícios ou prejuízos a nível individual, interpessoal e social. Pois é a partir da autenticidade que o sujeito pode experimentar uma vida significativa (Wood et al., 2008).

Estudos demonstram relações positivas entre autenticidade e bem-estar, autoestima, satisfação no trabalho e menor nível de estresse (Davis et al., 2015; Lopez & Ramos, 2016). Estes resultados são coerentes com o entendimento teórico de que viver a vida de forma autêntica traz satisfação e bem-estar para o indivíduo. Deste modo, compreender os impactos da autenticidade em um modelo multidimensional de bem-estar é um dos pontos abordados na presente pesquisa.

Vitalidade Subjetiva

O estudo sobre vitalidade subjetiva obteve destaque ao apresentar relação com a teoria da autodeterminação, na qual fornece hipóteses a respeito das questões psicológicas que possibilitam uma experiência de vitalidade subjetiva. Nessa direção, sentir-se vivo é uma experiência subjetiva que varia entre os seres humanos, e reflete a disposição dos sujeitos em realizarem determinadas atividades e ações. Esta energia poderá variar de um indivíduo para o outro, tanto em aspectos físicos quanto em aspectos psicológicos. Então, a vitalidade subjetiva é conceituada como um sentimento positivo de vivacidade e energia. Para isso, três necessidades psicológicas são precisas para que o indivíduo experiencie a vitalidade subjetiva, a saber: sentir-se eficiente na interação com o ambiente; sentir-se autônomo em suas atividades e não controlado por fatores externos; e, por fim, sentir-se significativo na relação com os outros (Deci & Ryan, 2000), assim, essas necessidades devem manter ou aumentar o estado de vitalidade subjetiva.

Ressalta-se que, por caracterizar o fenômeno enquanto uma experiência subjetiva, engloba-se aspectos biológicos e psicológicos do mesmo. Os aspectos psicológicos, como apaixonar-se, afeta positivamente o nível de vitalidade. Em contrapartida, fatores físicos, como doenças, diminuem o nível de energia (Ryan & Frederick, 1997).

Compreender a dinâmica envolvida na vitalidade de um indivíduo torna-se um aspecto relevante, pois trata-se justamente da percepção de energia disponível para realizar diversas atividades no dia a dia. Desta forma, é esperado que indivíduos com alto nível de vitalidade tenham

mais disposição em manejar situações estressantes e que necessitem de tomadas de decisão assertivas, como em contextos profissionais e de trabalho (Dubreuil et al., 2016).

Na literatura, é possível encontrar estudos que demonstraram relações significativas entre vitalidade subjetiva e bem-estar psicológico e físico, boa regulação de sono e satisfação com a vida (e.g., Chénard-Poirier et al., 2023; Dodge et al., 2022; Jackson & DiPlacido, 2020; Salama & Hashim, 2018; Uysal et al., 2014). Desta forma, investigar as relações da vitalidade com um modelo multidimensional do bem-estar em contexto brasileiro, torna-se um foco relevante.

A presente pesquisa

Compreende-se que exercitar a autenticidade e viver de modo autêntico está associado a aspectos benéficos ao desenvolvimento humano, como melhora da saúde física, maiores níveis de bem-estar e diminuição de aspectos negativos, como estresse. De forma semelhante, sentir-se cheio de energia, influencia positivamente a autopercepção, bem como reflete sobre o engajamento do sujeito em relação as atividades exercidas. Nesse sentido, percebe-se que na presença de ambos os construtos, os sujeitos tendem a experimentar maiores níveis de bem-estar e, conseqüentemente, estão munidas de recursos para potencializar o viver de forma saudável (Gocet & Satici, 2014).

Embora estudos tenham investigado a associação entre autenticidade e vitalidade subjetiva (Gocet & Satici, 2014; Akin & Akin, 2014), pesquisas que avaliem a relação entre desses dois construtos com o bem-estar ainda são limitadas. Além disso, ainda são incipientes as pesquisas que abarcam e exploram ao bem-estar a partir de uma visão multidimensional da OFIS, ao qual justifica a realização da presente pesquisa. Desse modo, trata-se de um estudo que busca o acúmulo de conhecimento sobre o OFIS em contexto brasileiro, oportunizando uma maior compreensão do construto em realidades culturais diferentes para qual foi desenvolvido. Por fim, investigar e acumular evidências de validade de determinadas escalas são consideradas boas práticas para o aprimoramento das mesmas (Borsa et al., 2012).

A partir disso, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a predição de autenticidade e vitalidade subjetiva sobre funcionamento ótimo na sociedade. Além disso, é esperado que as escalas apresentem bons índices de ajuste, bons indicadores de precisão, correlações positivas entre as variáveis e autenticidade e vitalidade subjetiva, especificamente, devem predizer positivamente o funcionamento ótimo na sociedade.

Método

O presente estudo trata-se de um estudo transversal quantitativo. Desta maneira, cabe ressaltar que a coleta de dados ocorreu em um período de três meses para acessar na amostra os construtos autenticidade, vitalidade subjetiva e funcionamento ótimo na sociedade.

Participantes

A amostra, por conveniência, foi composta por 216 participantes, com idades entre 18 e 83 anos ($M = 32,5$, $DP = 12,7$), de ambos os sexos (76,9% do sexo feminino), sendo 71,8% proveniente da região Sudeste do Brasil. Dentre os participantes, 54,6% identificaram-se como solteiros e 42,1% como casados ou estando em uma união estável. Quanto ao nível educacional, 31% indicaram ter Pós-Graduação completa, 27,8% cursando o Ensino Superior, 16,2% Ensino Superior completo, 10,6% Pós-Graduação incompleta, 10,2% Ensino Superior incompleto, 2,8% Ensino Médio completo, 0,9% Ensino Médio incompleto e 0,5% Ensino Fundamental completo.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. Estruturado especificamente para a presente pesquisa, com o intuito de reunir informações pertinentes sobre os respondentes, como sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil e região proveniente.

Escala de Autenticidade. O instrumento foi construído por Wood et al. (2008) e adaptado para o português brasileiro por Campos et al. (no prelo), a escala possui 12 itens distribuídos em três dimensões com quatro itens cada (viver autêntico, aceitação da influência externa e autoalienação) que avaliam a autenticidade. A escala na versão original possui bons índices de precisão, a saber: viver autêntico (4 itens; $\alpha = 0,78$), aceitação da influência externa (4 itens; $\alpha = 0,69$) e autoalienação (4 itens; $\alpha = 0,78$). Os itens podem ser respondidos por meio de uma escala Likert de sete pontos (1 - *não me descreve de modo nenhum* – 7 - *descreve-me muito bem*).

Escala de Vitalidade Subjetiva. A escala foi construída inicialmente por Ryan e Frederick (1997) e posteriormente traduzida e adaptada para o português brasileiro por Gouveia et al. (2012), tendo por objetivo a mensuração da vitalidade subjetiva. Composta por 7 itens em uma estrutura unidimensional, apresentou bom índice de precisão: $\alpha = 0,73$. Os itens são respondidos por meio de uma escala tipo Likert que varia de 1 (Nada verdadeiro) a 7 (Totalmente verdadeiro).

Optimal Functioning in Society Scale (OFISS). Desenvolvida inicialmente por Chénard-Poirier et al. (2023) e adaptada para o português brasileiro por Peixoto et al. (no prelo), a escala tem como objetivo mensurar o bem-estar a partir de uma perspectiva multidimensional. É composto por 23 itens, os quais são organizados em seis subescalas que demonstraram bons índices de precisão em sua versão original, a saber: bem-estar psicológico (4 itens; $\alpha = 0,908$), bem-estar físico (3 itens; $\alpha = 0,964$), performance no campo de atuação principal (4 itens; $\alpha = 0,853$), qualidade dos relacionamentos românticos (4 itens; $\alpha = 0,975$), qualidade dos relacionamentos não românticos (4 itens; $\alpha = 0,970$) e contribuição a comunidade ou sociedade em geral (4 itens; $\alpha = 0,942$). Os itens são respondidos em escala tipo Likert que varia de 1 (discordo fortemente) a 7 (concordo fortemente). Exceto a subescala bem-estar físico que conta com uma escala de 10 pontos variando entre 0 (ruim) a 10 (excelente).

Procedimentos

Aspectos éticos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e ao ser aprovado, os instrumentos foram alocados na plataforma *online* Google Forms, e o link foi compartilhado nas redes sociais dos autores e suas redes de contatos. O formulário era composto pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, ao concordar em participar e informar ter 18 anos ou mais de idade, o respondente era direcionado aos instrumentos, que foram apresentados na seguinte ordem: questionário sociodemográfico, Escala de Autenticidade, Escala de Vitalidade Subjetiva e Escala de Funcionamento Ótimo na Sociedade. Estimou-se que o formulário tenha sido concluído em aproximadamente 15 minutos.

Plano de análise de dados. Para avaliação da estrutura interna dos instrumentos, empregou-se a análise fatorial confirmatória, no *software* Mplus (Muthén & Muthén, 2017), com método de estimação robusto *weighted least square mean and variance adjusted* (WLSMV) (Asparouhov & Muthén, 2010). Os ajustes dos dados foram avaliados a partir dos índices de ajuste recomendados por Muthén e Muthén (2017), sendo estes: qui-quadrado (χ^2), graus de liberdade (gl), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI). Utilizou-se como parâmetro de adequação os valores de referência comumente empregados na literatura especializada: $\chi^2/df < 5$, RMSEA $< 0,08$, CFI e TLI $> 0,90$ (Tabachnick & Fidell, 2019). Ademais, para avaliação dos indicadores de precisão dos instrumentos, foi realizada a estimação de coeficientes alfa de Cronbach e ômega de McDonald. Valores iguais ou superiores a 0,7 foram considerados como bons indicadores de precisão (Brown, 2015).

Por fim, para verificar a relação entre as variáveis, foi empregado a análise de correlação, por meio do coeficiente de Pearson (r). Foram considerados indicadores de significância níveis $p < 0,05$. As magnitudes das correlações foram interpretadas a partir da classificação proposta por Cohen (1988), sendo -0,09 a 0,09 descritas como nulas, 0,10 a 0,29 pequenas, 0,30 a 0,49 medianas e 0,50 a 1,0 grandes. A análise de regressão foi realizada a partir das seguintes premissas: tamanho da amostra e distribuição normal das variáveis, distribuição aleatória dos resíduos e ausência de multicolinearidade. Quando não observada tais violações de forma significativa, as variáveis foram inseridas (método *enter*). Valores que apresentarem $p < 0,005$ foram consideradas como preditoras significativas.

Resultados

Inicialmente foi verificada a estrutura e consistência interna dos instrumentos utilizados por meio de uma AFC. Em relação a OFISSS, os resultados indicaram que o modelo se ajustou adequadamente aos dados, a saber: $\chi^2(gl) = 557,771(215)$, $p < 0,001$, CFI = 0,928, TLI = 0,912 e RMSEA = 0,086 (I.C. 90% [0,077 – 0,095]). Os valores observados referentes a escala de autenticidade, demonstraram adequação aos dados, $\chi^2(gl) = 61,754(41)$, $p < 0,001$, CFI = 0,985, TLI = 0,980 e RMSEA =

0,069 (I.C. 90% [0,028 – 0,102]). De forma semelhante, a escala de vitalidade subjetiva também se ajustou adequadamente aos dados, $\chi^2(\text{gl}) = 41,796(14)$, $p < 0,001$, CFI = 0,969, TLI = 0,954 e RMSEA = 0,097 (I.C. 90% [0,064 – 0,132]). Ressalta-se que todos os fatores que compõem os instrumentos empregados na presente pesquisa apresentaram bons indicadores de precisão ($> 0,7$).

Em seguida, foram avaliadas as correlações entre as variáveis empregadas no estudo, os resultados são descritos na Tabela 1. Conforme é possível observar, no que diz respeito a autenticidade, a dimensão viver autêntico relacionou-se significativa e positivamente com todos os fatores da OFISS (variando entre $r = 0,24$ e $r = 0,43$), em contrapartida a autoalienação relacionou-se significativa e negativamente com todos os fatores da OFISS (variando entre $r = -0,45$ e $r = -0,14$), com exceção do fator relacionamentos não-românticos ($p > 0,005$) e, por fim, a dimensão aceitação de influência externa relacionou-se significativa e negativamente somente com o bem-estar psicológico ($r = -0,23$). No que concerne a vitalidade subjetiva, a variável relacionou-se significativa e positivamente com todos os fatores que compõem a OFISS (variando entre $r = 0,16$ e $r = 0,57$).

Tabela 1

Estatísticas descritivas, indicadores de precisão e relação entre as variáveis

Fatores	Descritivas		Precisão		Correlação									VITS UB
	M	DP	Alfa	Ômega	BP	BF	CS	RR	RN	DES	VA	AA	AIE	
BP	4,85	1,45	0,89	0,89	—									
BF	7,16	1,75	0,92	0,93	,36***	—								
CS	5	1,51	0,94	0,94	,49***	,23***	—							
RR	5,25	1,84	0,96	0,96	,46***	,12***	,25***	—						
RN	5,25	1,36	0,94	0,94	,34***	,16***	,35***	,26***	—					
DES	5,07	1,35	0,87	0,88	,42***	,18***	,43***	,31***	,39***	—				
VA	5,82	0,99	0,77	0,77	,43***	,27***	,37***	,24***	,28***	,33***	—			
AA	2,8	1,63	0,83	0,83	-,45***	-,31*	-,23***	-,21**	-0,05	-,14*	-,29***	—		
AIE	3,15	1,42	0,86	0,87	-,23***	-0,02	-0,09	-0,06	0,07	-0,02	-0,21	,51***	—	
VITSUB	4,35	1,1	0,78	0,89	,57***	,44***	,34***	,29***	,16*	,27***	,39***	-,41***	-,16*	—

Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,00$; Fatores = OFISS: BP = bem-estar psicológico, BF = bem-estar físico, CS = contribuição a comunidade ou sociedade em geral, RR = relacionamentos românticos, RN = relacionamentos não-românticos, DES = desempenho acadêmico ou no trabalho; VA = viver autêntico, AA = autoalienação, AIE = aceitação de influência externa; VITSUB = vitalidade subjetiva

Por fim, foi avaliado o nível de predição das variáveis autenticidade e vitalidade sobre o funcionamento ótimo na sociedade, os resultados são expostos na Tabela 2. Em relação a autenticidade, o fator viver autêntico demonstrou efeito significativo e positivo sobre bem-estar psicológico, relacionamentos românticos, relacionamentos não-românticos, contribuição a comunidade ou sociedade em geral e desempenho acadêmico ou no trabalho. A autoalienação, por sua vez, demonstrou efeito significativo e negativo sobre o bem-estar psicológico e bem-estar físico.

Aceitação de influência externa apresentou efeito significativo e positivo sobre bem-estar psicológico, bem-estar físico e relacionamentos não-românticos. No que concerne a vitalidade subjetiva, a variável demonstrou efeito significativo e positivo sobre relacionamentos românticos, bem-estar físico, relacionamentos não-românticos, contribuição a comunidade ou sociedade em geral e desempenho acadêmico ou no trabalho.

Tabela 2

Autenticidade e vitalidade como preditores do OFIS

Variáveis	BP					RR				
	β	p	I.C. 95%	r	r^2	β	p	I.C. 95%	r	r^2
Intercepto	5,539	,028		,644	,415	9,596	,012		,346	,120
VA	,209	< ,001	,093 - ,325			,154	,034	,012 - ,297		
AA	-,217	,001	-,349 - -,085			-,137	,095	-,300 - ,024		
AIE	,397	< ,001	,275 - ,511			,065	,387	-,083 - ,215		
VITSUB	-,009	,833	-,131 - ,113			,184	,016	,035 - ,337		

Variáveis	BF					RN				
	β	p	I.C. 95%	r	r^2	β	p	I.C. 95%	r	r^2
Intercepto	10,654	< ,001		,491	,241	8,719	,02		,332	,110
VA	,118	,079	-,014 - ,250			,299	< ,001	,155 - ,442		
AA	-,2	,01	-,301			-,027	,739	-,190 - ,135		
AIE	,156	,028	,017 - ,295			,153	,046	,002 - ,304		
VITSUB	,342	< ,001	,203 - ,480			,055	,464	-,094 - ,206		

Variáveis	CS					DES				
	β	p	I.C. 95%	r	r^2	β	p	I.C. 95%	r	r^2
Intercepto	5,467	,058		,432	,186	7,419	0,008		,369	,136
VA	,272	< ,001	,135 - ,409			,267	< ,001	,126 - ,409		
AA	-,079	,314	-,235 - ,076			-,021	,791	-,182 - ,139		
AIE	,039	,589	-,104 - ,183			,070	,351	-,078 - ,219		
VITSUB	,208	,005	,065 - ,352			,172	,023	,024 - ,320		

Nota. Fatores = OFISS: BP = bem-estar psicológico, BF = bem-estar físico, CS = contribuição a comunidade ou sociedade em geral, RR = relacionamentos românticos, RN = relacionamentos não-românticos, DES = desempenho acadêmico ou no trabalho; VA = viver autêntico, AA = autoalienação, AIE = aceitação de influência externa; VITSUB = vitalidade subjetiva

Discussão

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a predição de autenticidade e vitalidade subjetiva em relação ao funcionamento ótimo na sociedade. Contudo, foram avaliadas anteriormente a estrutura interna das escalas empregas no estudo.

Em geral, os resultados corroboraram com as propostas originais das escalas, com índices de ajuste satisfatórios, demonstrando aplicabilidade para a amostra. Os resultados da estrutura interna

da OFIS indicaram adequação dos dados para estrutura de seis fatores (bem-estar psicológico, bem-estar físico, performance, qualidade de relacionamentos amorosos, qualidade de relacionamentos não amorosos e contribuição a comunidade ou sociedade). Em comparação a estudos anteriores (Diener et al., 2010; St-Cyr et al., 2021), os resultados são semelhantes ao sugerir a importância das variáveis bem-estar psicológico, performance e qualidade de relacionamentos amorosos para a compreensão integral do funcionamento humano. Adicionalmente, essa concepção de funcionamento se estende aos construtos bem-estar físico e contribuição a sociedade. Dessa maneira, reforça a proposta original do modelo de seis fatores correlacionados, no qual cada dimensão da OFIS pode contribuir para uma compreensão geral do funcionamento, uma vez que seus construtos são relacionados a critérios empíricos de bem-estar (Chénard-Poirier et al., 2023).

Em relação a escala de autenticidade (EA), houve ajustamento adequado da estrutura interna ao modelo de três fatores correlacionados (viver autêntico, autoalienação e aceitação de influência externa). Os resultados são semelhantes a estudos anteriores de versão original (Wood et al., 2008). Ainda, os resultados de evidências baseadas na estrutura interna replicam aqueles observados em versões adaptadas da EA, a saber, versão italiana (Di Fabio, 2014), holandesa (Van Den Bosh & Taris, 2014), canadense (Grogire et al., 2014), suécia (Grijack, 2017) e portuguesa (Balbino et al., 2018). Por último, a escala de vitalidade subjetiva se adequou ao modelo unidimensional originalmente proposto (Ryan & Frederick, 1997). Os resultados também corroboram as propriedades psicométricas das versões egípcia (Salama-Younes et al., 2009), portuguesa (Couto et al., 2017) e os primeiros resultados observados junto a versão brasileira (Gouveia et al., 2012).

Nessa direção, ao disponibilizar novas evidências que sustentem as propriedades psicométricas das escalas utilizadas, o presente estudo possibilita avaliar o funcionamento ótimo, autenticidade e vitalidade subjetiva da população geral brasileira. Assim, são viabilizadas ferramentas aos psicólogos e pesquisadores da Psicologia Positiva que permitem o desenvolvimento de intervenções com enfoque em habilidades positivas para resolução de problemas, fortalecimento de autoestima e manutenção da boa qualidade de relacionamentos interpessoais (Zanini et al., 2021).

Os resultados da análise de correlação sugeriram que a variável bem-estar psicológico, apresentou associações com magnitudes moderadas significativas e positivas com viver autêntico e vitalidade subjetiva, isto é, quando o sujeito demonstra características de bem-estar psicológico (i.e., emoções positivas, propósito de vida), também tende a experimentar vivências mais autênticas (e.g., comportamentos coerentes com a percepção da experiência interna do sujeito), assim como apresentar características de vitalidade subjetiva. Enquanto as correlações negativas entre bem-estar psicológico e autoalienação ressaltam que a falta de autoconhecimento, coesão e comunicação com si mesmo diminuem a vivência de afetos positivos. Tais resultados são compatíveis com outros estudos

e a fundamentação teórica. Um estudo realizado com profissionais indianos para avaliar a associação entre autenticidade, satisfação com a vida e bem-estar psicológico verificou que houve relações positivas entre as variáveis, demonstrando que quanto maior a autenticidade dos sujeitos, maior o bem-estar psicológico e sugeriu que pessoas com traços mais altos em autenticidade tendem a serem mais emocionalmente expressivos do que aqueles com baixa autenticidade (Rathi & Lee, 2021). Quanto a fundamentação teórica, uma vez que o funcionamento ótimo está associado, por exemplo, a menores níveis de engajamento compulsivo em atividades e percepção negativa dos resultados na atividade, relações que são facilitadas pela percepção de satisfação das necessidades psicológicas básicas (Chénard-Poirier et al., 2023).

A partir das análises de regressão múltipla, os resultados indicaram a autenticidade e vitalidade subjetiva como variáveis capazes de explicar a variância do funcionamento ótimo. Pode-se observar, também, a relação negativa entre autoalienação e todas as dimensões de funcionamento ótimo.

Os resultados encontrados neste estudo são coerentes com outras pesquisas que avaliaram esses construtos. A saber, estudos mostraram a relação positiva entre autenticidade e vitalidade subjetiva (Gocet & Satıcı, 2014), correlação positiva entre autenticidade e bem-estar subjetivo (Wood et al., 2008) e psicológico (Grégoire et al., 2014). Dessa maneira, corroboram com as hipóteses da presente pesquisa, em que há efeito positivo entre autenticidade e vitalidade subjetiva e funcionamento ótimo.

Além disso, verificou-se associação entre as dimensões autoalienação e aceitação de influência externa e vitalidade sob o bem-estar físico. Assim, a medida em que o sujeito se percebe autêntico, aliado a boa influência dos relacionamentos interpessoais, poderá apresentar níveis mais altos de autoestima e satisfação com a vida (Nartova-Bochaver et al., 2021).

Ressalta-se, também, a associação de viver autêntico e vitalidade subjetiva ao explicar contribuição social, desempenho e relacionamento romântico. Assim, ao vivenciar atividades com aspecto significativo na própria vida, podem ser alcançados resultados considerados importantes ao funcionamento ótimo (Bouizegarene et al., 2018). Outros estudos sugeriram maior experiência de afetos positivos, satisfação com a vida e percepção de autoeficácia advindos da relação com vitalidade subjetiva (Buchner et al., 2022). Nos relacionamentos românticos, é possível observar que o estabelecimento de vínculo emocional, autoconceito positivo e melhor integração social também são propensos a desenvolver o bem-estar (Gómez-Lopes et al., 2019). Nessa direção, o viver autêntico, nas relações românticas, possibilita que o indivíduo realize ações que sejam benéficas ao outro.

Além disso, houve explicação entre viver autêntico e aceitação de influência externa para relacionamentos não românticos. Desta maneira, a autenticidade pode ser um mecanismo que

contribui ao bem-estar, redução de conflitos de interesses e melhora das relações não amorosas, como em ambientes de trabalho e escolares (Sutton, 2020). Outras relações não amorosas, como a interação entre familiares também pode ser um indicativo de autenticidade, uma vez que o contexto familiar pode estimular um ambiente social propício para o desenvolvimento de personalidades saudáveis, competências sociais e a capacidade de ajustamento social (Grevenstein et al., 2019). Adicionalmente, um estudo que explorou a relação entre autenticidade e bem-estar, verificou que a autenticidade auxilia na comunicação de comportamentos interpessoais, nos quais esses são capazes de resultar em diferentes formas de interação (ex. brigas, assertividade, bom trabalho em equipe, entre outros). A partir disso, indivíduos com maior autenticidade são capazes de manejar melhor suas interações pessoais, de forma a evitar conflitos e manter ou melhorar seu bem-estar (Baker et al., 2017). Nesse sentido, pode-se observar que o presente estudo corrobora com outras pesquisas, ao encontrar resultados semelhantes entre a relação de autenticidade e relacionamentos não românticos.

Ainda, os resultados demonstraram associação entre viver autêntico e vitalidade subjetiva com desempenho. A autenticidade está relacionada com maior performance e satisfação, comprometimento, engajamento nas atividades (Sutton, 2020) e pode ser caracterizada, também, como um recurso pessoal para atender as demandas de trabalho e/ou estudos e aumentar o entusiasmo e bem-estar do indivíduo (Metin et al., 2016). Enquanto a associação com a vitalidade subjetiva, sentimento de estar estimulado e enérgico, auxilia na realização de tarefas com maior vigor, consequentemente, sendo positivamente relacionada com autorrealização e motivação intrínseca (Akin & Akin, 2014). Desta maneira, os resultados encontrados corroboram com estudos que investigaram a relação da autenticidade e vitalidade subjetiva com desempenho em diferentes contextos, demonstrando que as variáveis como preditoras de bem-estar são coerentes com a literatura.

Em suma, destaca-se as aplicações práticas dos resultados da presente pesquisa, que sugerem a relevância da autenticidade e vitalidade subjetiva no desenvolvimento do funcionamento psicológico positivo. Nesta direção, esforços clínicos (Hendricks et al., 2020) e sociais (Couto et al., 2017; Dametto & Noronha, 2019; Stewart et al., 2021) que objetivam o aumento dos níveis de bem-estar podem se pautar no desenvolvimento da autenticidade e vitalidade subjetiva para esse fim.

Conclusão

Apesar da contribuição relevante da presente pesquisa a psicologia positiva brasileira, algumas limitações precisam ser destacadas. Por se tratar de um estudo transversal com coletas realizadas por meio de instrumentos de autorrelato, sugere-se a realização de estudos que contem com desenhos longitudinal, permitindo, portanto, a avaliação dessas variáveis em interação com o tempo. Em relação aos instrumentos de autorrelato destaca-se o fato dessas medidas serem influenciadas por vieses de

resposta como desejabilidade social (Hauck Filho & Valentini, 2019) e aquiescência (Hauck Filho et al., 2021). Assim, novos estudos devem buscar controlar os efeitos desses vieses na avaliação entre as variáveis empregadas na presente pesquisa. Por último, ressalta-se a necessidade de futuros estudos contarem com amostras mais representativas da população brasileira, para que retratem mais igualitariamente as diferenças entre os sexos e de outras regiões do país.

Referências

- Akin, U., Akin, A. (2014). Investigating the Predictive Role of Authenticity on Subjective Vitality with Structural Equation Modelling. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 14(6), 2043-2048. <https://doi.org/10.12738/estp.2014.6.2500>
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2010). Simple Second Order Chi-Square Correction.
- Balbino, I. F., Galinha, I. C., Morais, C. C., & Calado, S. S. (2018). Contributo para a validação da versão portuguesa da escala de autenticidade. *Psicologia Saúde & Doenças*, 19(3), 564-577. <https://doi.org/10.15309/18psd190308>
- Baker, Z. G., Tou, R. Y.W., Bryan, J. L., Knee, C. R. (2017). Authenticity and well-being: Exploring positivity and negativity in interactions as a mediator. *Personality and Individual Differences*, 113(), 235–239. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.03.018>
- Birditt, K. S., & Antonucci, T. C. (2007). Relationship quality profiles and well-being among married adults. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 595–604. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.595>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. <https://doi.org/10.1590.50103-863X2000300014>
- Bouizegarene, N., Bourdeau, S., Leduc, C., Gousse-Lessard, A. S., Houlfort, N. & Vallerand, R. J. (2018) We are our passions: The role of identity processes in harmonious and obsessive passion and links to optimal functioning in society. *Self and Identity*, 17(1), 56-74. <https://doi.org/10.1080/15298868.2017.1321038>
- Brown, T. A. (2015). Confirmatory factor analysis for applied research. Guilford Press.
- Buchner, L., Amesberger, G., Finkenzeller, T., Moore, S. R., & Würth, S. (2022). The modified German subjective vitality scale (SVS-GM): Psychometric properties and application in daily life. *Frontiers in psychology*, 13, 948906. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.948906>
- Campos, D., Romano, A. R., Peixoto, E. M. (no prelo). Escala de autenticidade: Adaptação Transcultural e Propriedades Psicométricas.
- Chénard-Poirier, L.A., Vallerand, R.J., Verner-Filion, J. et al. (2023) Optimal Functioning in Society: A Conceptualization, a Measure, and a Look at Determinants. *Journal of Happiness Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10902-023-00617-7>

- Couto, Nuno et al. (2017). Validation of the Subjective Vitality Scale and study of the vitality of elderly people according to their physical activity. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 19(3), 261-269. <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2017v19n3p261>
- Dametto, D. M. & Noronha, A. P. P. (2019). Character strengths and subjective well-being in adolescence. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 340-348. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190034>
- Davis, W. E., Hicks, J. A., Schlegel, R. J., Smith, C. M., & Vess, M. (2015). Authenticity and self-esteem across temporal horizons. *The Journal of Positive Psychology*, 10(2), 116-126.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the selfdetermination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Di Fabio, A. (2014). Authenticity Scale: Un primo contributo alla validazione della versione italiana. *Counseling Giornale Italiano di Ricerca e Applicazioni*, 7, 231-238
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New Well-Being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- Dodge, T., Vaylay, S., & Kracke-Bock, J. (2022). Subjective Vitality: A Benefit of Self-Directed, Leisure Time Physical Activity. *Journal of Happiness Studies*, 23(6), 2903-2922.
- Dubreuil, P., Forest, J., Gillet, N., Fernet, C., Thibault-Landry, A., Crevier-Braud, L., & Girouard, S. (2016). Facilitating well-being and performance through the development of strengths at work: Results from an intervention program. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 1, 1-19.
- Gocet, T. E., & Satıcı, B. (2014). An investigation of the predictive role of authenticity on subjective vitality. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 14(6), 2063-2070.
- Gómez-López, M., Viejo, C., & Ortega-Ruiz, R. (2019). Well-being and romantic relationships: A systematic review in adolescence and emerging adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 1-31. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132415>
- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Gouveia, R. S., Medeiros, E. D. D., Vione, K. C., & Soares, A. K. S. (2012). Escala de Vitalidade Subjetiva-EVS: Evidências de sua adequação psicométrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, 5-13.
- Grégoire, S., Baron, L., Ménard, J., & Lachance, L. (2014). The Authenticity Scale: Psychometric properties of a French translation and exploration of its relationships with personality and well-being. *Canadian Journal Of Behavioural Science*, 46(3), 346-355. <https://doi.org/10.1037/a0030962>
- Grevenstein, D., Bluemke, M., Schweitzer, J., & Aguilar-Raab, C. (2019). Better family relationships—higher well-being: The connection between relationship quality and health related resources. *Mental Health & Prevention*, 14, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.mph.2019.200160>
- Grijak, D. (2017). Psychometric evaluation of the authenticity scale on the sample of students in Serbia. *Psihologija*, 50(1), 85-99. <https://doi.org/10.2298/psi160504001g>

- Hauck Filho, N., & Valentini, F. (2019). O controle da desejabilidade social no autorrelato usando quádruplas de itens. *Avaliação Psicológica*, 18(3), 1-3.
<https://doi.org/10.15689/ap.2019.1803.ed>
- Hauck Filho, N., Valentini, F., & Primi, R. (2021). Por que Escalas Balanceadas Controlam a Aquiescência nos Escores Brutos? *Avaliação Psicológica*, 20(1), a-c.
<https://doi.org/10.15689/ap.2021.2001.ed>
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A. et al. (2020). The Efficacy of Multi-component Positive Psychology Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Happiness Studies*, 21, 357–390.
<https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>
- Holt-Lunstad, J. (2018). Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annual Review of Psychology*, 69(2018), 437-458. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011902>
- Jackson, C. E., & DiPlacido, J. (2020). Vitality as a mediator between diet quality and subjective wellbeing among college students. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 21(5), 1617–1639. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00150-6>
- Lopez, F. G., & Ramos, K. (2016). Predicting well-being in managers: Test of a positive psychology model. *The Journal of Positive Psychology*, 11(4), 378-387.
- Metin, U. B., Taris, T. W., Peeters, M. C. W., van Beek, I., & Van den Bosch, R. (2016). Authenticity at work – a job-demands resources perspective. *Journal of Managerial Psychology*, 31(2), 483–499. <https://doi.org/10.1108/JMP-03-2014-0087>
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). *Mplus: Statistical Analysis with Latent Variables: User's Guide (Version 8)*. Authors.
- Nartova-Bochaver, S., Reznichenko, S. & Maltby, J. (2021). The Authenticity Scale: Validation in Russian Culture. *Frontiers in Psychology*, 11:609617.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.609617>
- Peixoto, E. M., Oliveira, K. S., Romano, A. R., Campos, C. R., Chénard-Poirier, L. A., & Vallerand, R. J. (2023). Optimal Functioning in Society Scale (OFISS): Adaptação Transcultural e Propriedades Psicométricas. *Revista de Avaliação Psicológica*.
- Rathi, N. & Lee, K. (2021). Does It Pay to be authentic? Implications of authenticity for life satisfaction and psychological well-being in a collectivist culture. *Journal of Happiness Study*, 22, 147–161. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00223-x>
- Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Salama-Younes, M., & Hashim, M. (2018). Passion, vitality and life satisfaction for physically active old adults. *The Journal of Positive Psychology*, 13(3), 309-319.
- Salama-Younes, M., Montazeri, A., Ismaïl, A. et al. (2009). Factor structure and internal consistency of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) and the Subjective Vitality Scale (VS),

- and the relationship between them: a study from France. *Health Qual Life Outcomes*, 7(22). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-22>
- St-Cyr, J., Vallerand, R. J., & Chénard-Poirier, L. A. (2021). The Role of Passion and Achievement Goals in Optimal Functioning in Sports. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9023. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179023>
- Stewart, A. V., Benson, A., Sutcliffe, J., McLaren, C., Swann, C., Schweickle, M. J., Miller, A. & Bruner, M. (2021). Self-determined motivation, social identification and the mental health of adolescent male team sport participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 33(4), 452-466. <https://doi.org/10.1080/10413200.2019.1705432>
- Sutton, A. (2020). Living the good life: A meta-analysis of authenticity, well-being and engagement. *Personality and Individual Differences*, 153, 109645. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109645>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.
- Uysal, R., Satıcı, S. A., Satıcı, B., & Akin, A. (2014). Subjective vitality as mediator and moderator of the relationship between life satisfaction and subjective happiness. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 14(2), 489-497.
- Vallerand, R. J. (2013). Passion and optimal functioning in society: A eudaimonic perspective. In A. S. Waterman (Ed.), *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia* (pp. 183–206). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14092-010>
- Van Den Bosch, R., & Taris, T. W. (2014). Authenticity at work: Development and validation of an individual authenticity measure at work. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 15(1), 1–18. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9413-3>
- Wood, A. M., Maltby, J., & Linley, P. A. (2008). The authentic personality: a theoretical and empirical conceptualization and the development of the authenticity scale. *Journal of Counseling Psychology*, 55(3), 385-399. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.3.385>
- Zanini, D., Pais-Ribeiro, J. L., & Fernandes, I. (2021). Psicologia Positiva e saúde: desenvolvimento e intervenções. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 22(1), 3-13. <https://doi.org/10.15309/21psd220102>

OUVINDO A SI MESMO NA DEPRESSÃO: ANÁLISE QUANTI/QUALI DE MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS COM ESTÍMULOS DE AUTORREFERÊNCIA

LISTENING TO YOURSELF IN DEPRESSION: A QUANTITATIVE/QUALITATIVE ANALYSIS OF AUTOBIOGRAPHICAL MEMORIES WITH SELF-REFERENTIAL STIMULI

Jansen Souza Moreira¹, Antônio Egidio Nardi², Jeniffer Fernandes e Silva³, Melyssa Kellyane Cavalcante Galdino⁴

¹ Doutorando em Neurociência Cognitiva e Comportamento pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba.

Contato:

janses.moreira@academico.ufpb.br

² Professor Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina - Instituto de Psiquiatria - da Universidade Federal do Rio de Janeiro, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) – PROPSAM

Contato: egidio@ipub.ufrj.br

³ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba

Contato: jenifferfrufino@gmail.com

⁴ Professora Associada do departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e professora/orientadora do Programa de Pós graduação em Neurociências Cognitiva e Comportamento da UFPB

Contato:melyssa_cavalcanti@hotmail.com

Editor-associado: Anderson Moraes Pires

Recebido em: 25/10/2023

Aceito em: 01/04/2025

Publicado em: 04/08/2025

Citar: Moreira, J. S., Nardi, A. E, e Silva, J. F., & Galdino, M. K. C. (2025). Ouvindo a si mesmo na depressão: análise quanti/quali de memórias autobiográficas com estímulos de autorreferência. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 13(1), 17-32.

Resumo

A Memória Autobiográfica (MA) forma narrativas cuja evocação serve a diversas funções, como guiar comportamentos futuros, criar/manter vínculos sociais e a manutenção do auto conceito. Nesse escopo, o presente estudo buscou comparar os tipos de MAs evocadas, sua especificidade, valência e conteúdo, ao utilizar MAs do próprio sujeito como estímulos, em grupo com e sem sintomatologia depressiva. A amostra consistiu de 20 graduandos entre 18 e 41 anos, de João Pessoa-PB. Utilizou-se: Inventário Beck de Depressão – II, Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5, e o Teste de Memória Autobiográfica. Dentre os resultados, grande parcela dos sujeitos com sintomatologia depressiva recontou a mesma narrativa, mais detalhadamente. Outra parcela, ainda maior: novas MAs específicas. Além disso, tal grupo clínico respondeu melhor ao ouvir memórias de cunho emocional negativo e positivo, enquanto observado prejuízo na evocação autobiográfica específica para aquelas narrativas categorizadas como pistas de valência emocional neutra. Tanto a valência emocional quanto o nível de especificidade têm motivado estudos sobre seu papel nos processos de saúde mental, seja como fator protetivo ou ferramenta psicoterapêutica em sintomatologias diversas. O presente estudo contribui nessa direção, reforçando questionamentos que podem direcionar pesquisas futuras, para um melhor entendimento desses processos e sua aplicabilidade psicoterápica.

Palavras-chave: Memória Autobiográfica; Depressão; Valência Emocional; Especificidade; Terapias Complementares.

Abstract

Autobiographical Memory (AM) involves several functions, e.g., guiding future behaviors, maintaining social bonds, and self-concept manutention. This study aimed to compare evoked AM types, specificity, valence, and content, using subjects' own AMs as stimuli, in groups with/without depressive symptoms. Sample: 20 undergraduates, aged 18-41, from João Pessoa-PB. Instruments: Beck Depression Inventory-II, Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, and Autobiographical Memory Test. Results showed a significant portion of subjects with

depressive symptoms recounted the same narrative more elaborately. A larger subset generated new specific AMs. Moreover, the clinical group responded more to emotionally (negative/positive) memories, exhibiting impaired specific autobiographical recall for neutral

emotional cues. Emotional valence and specificity's roles in mental health processes have driven research, either as protective factors or therapeutic tools in various psychological symptoms. This study contributes to this context, reinforcing inquiries for future research, aiming for a deeper comprehension of these processes and their therapeutic application.

Keywords: Autobiographical Memory; Depression; Emotional Valence; Specificity; Complementary Therapies.

Introdução

A Memória Autobiográfica (MA) contempla componentes noéticos e autonoéticos, semânticos e episódicos, formando narrativas cuja evocação serve a diversas funções, como guiar comportamentos futuros, criar/manter vínculos sociais e fazer a manutenção do auto conceito, o self. Por sua vez, tanto os aspectos associados a sua valência emocional, quanto ao nível de especificidade da MA, têm sido objeto de estudo a fim de esclarecer o papel dessas nos processos de saúde mental, especialmente como fator protetivo ou ferramenta psicoterapêutica na ocorrência de sintomatologias diversas (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Köhler et al., 2015; Rubin et al., 2019).

A literatura aponta para diferenças no padrão de evocação das MAs entre indivíduos com sintomatologia depressiva ou histórico dessa, e aqueles sem (Doré et al., 2018; Hitchcock et al., 2019; Matsumoto & Mochizuki, 2019; Raes et al., 2009; Weiss-Cowie et al., 2023). O diagnóstico clínico para transtorno depressivo é caracteristicamente acompanhado da ocorrência de memórias autobiográficas supergeneralizadas (“Overgeneral Autobiographical Memory”), de maneira que mesmo sujeitos em remissão apresentam, ainda que em menor grau, isto a que podemos nos referir como um prejuízo mnemônico esperado na especificidade da MA (Weiss-Cowie et al., 2023). Já outros estudos como o de Hitchcock et al. (2019) sugerem que o prejuízo mnemônico não se resume exclusivamente a uma redução na especificidade das MAs, mas se estende ao ponto de se identificar prejuízo até mesmo na evocação das memórias categóricas, menos específicas e detalhadas.

A evocação de memórias autobiográficas específicas é, então, uma dificuldade para esta população, clinicamente depressiva, e por outro lado, amostras plotadas enquanto grupos controle (“saudáveis”) tendem a apresentar maior especificidade. Não apenas isto, Matsumoto e Mochizuki (2019), em um estudo prospectivo com 150 graduandos, sugerem que mesmo populações não clínicas, mas com algum grau de sintomatologia depressiva, apresentam redução de especificidade nas evocações autobiográficas e, por conseguinte, demonstram seu possível papel na forma de intervenções preventivas em saúde mental.

Doré et al. (2018) comentam sobre os possíveis processos neurais envolvidos nas dinâmicas cognitivas supracitadas, destacando a conectividade entre a amígdala e o hipocampo, especificamente a capacidade desta em regular o hipocampo posterior, dentre os mecanismos cerebrais relacionados ao aumento da reatividade emocional e à regulação emocional atípica em pacientes depressivos. Nesse contexto, memórias autobiográficas têm sido consideradas um alvo terapeuticamente viável para estratégias de remediação cognitiva, na forma de treinamentos considerados como tratamento alternativo ou adjunto para potencializar o resultado positivo de outras intervenções clínicas (Raes et al., 2009). Os resultados iniciais de tais treinamentos são promissores, e parecem estar relacionados a mecanismos de reconsolidação e incorporação de informações específicas para atualização de memórias generalizadas (Köhler et al., 2015).

Dentre tais mecanismos, é possível que a auto referência cumpra um papel de relevância, considerando suas repercussões nos processos mnemônicos. Estudos sobre possíveis efeitos da auto referência para os processos de evocação de memórias não são uma iniciativa recente no âmbito científico, atestado já, por exemplo, em Symons e Johnson (1997), em ampla metanálise sobre o tema, à época. E, considerando não apenas pistas que remetam ao self e ao auto conceito, hipóteses conceituais levam em conta também a peculiaridade de ouvir a si mesmo (seja ouvir uma gravação de si mesmo, ou simplesmente se escutar lendo em voz alta), possivelmente favorecendo a evocação (Forrin & MacLeod, 2017; Magno & Allan, 2007; Sui & Humphreys, 2015). Dessa maneira, o presente estudo buscou explorar e comparar os tipos de memórias autobiográficas evocadas, sua especificidade, valência e conteúdo ao utilizar memórias autobiográficas do próprio sujeito como estímulos evocadores, em grupo com sintomatologia depressiva, e sem.

Método

Delineamento

O presente estudo adotou um delineamento transversal, de caráter exploratório. Os dados quantitativos possibilitaram a análise dos tipos de MA evocadas, bem como comparações de médias e medianas em relação à especificidade destas. Por sua vez, os dados qualitativos permitiram a análise dos dados textuais, em particular, a análise de similitude com base na teoria dos grafos (Camargo & Justo, 2013), a fim de demonstrar conexões entre as palavras e identificação da estrutura da representação.

Participantes

A amostra consistiu de 20 voluntários recrutados por conveniência. Desses, 10 voluntários com idade entre 18 e 41 anos (Média = 27,8; Desvio Padrão = 2,5) foram designados para o grupo com sintomas depressivos (Grupo A, ou grupo clínico), enquanto outros 10 voluntários (Média = 24,7; Desvio Padrão = 0,9) compuseram o grupo sem tal sintomatologia (Grupo B, ou grupo controle). Todos

os participantes eram residentes na cidade de João Pessoa, Paraíba, sendo 12 do sexo feminino e 8 do sexo masculino, com capacidade para ler e responder aos instrumentos de forma autônoma, todos discentes universitários de graduação.

Foram excluídos da pesquisa voluntários menores de 18 anos e maiores de 50 anos de idade. A seleção dos grupos foi realizada utilizando-se a Escala de Depressão de Beck - II (BDI-II) e a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV). Os voluntários classificados como tendo episódio depressivo maior atual pela SCID-5-CV, e com pontuação de sintomas de depressão classificada entre moderado a grave pelo BDI-II, foram alocados no grupo A (Média = 27,8; Desvio Padrão = 2,5). Enquanto os voluntários sem sintomas de depressão foram alocados no grupo B (Média = 7,3; Desvio Padrão = 1,1). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e obteve o certificado de apreciação (CAAE: 97904618.9.0000.5188), seguindo a Resolução CNS nº 510/2016.

Instrumentos

Foi utilizado como instrumento o Inventário Beck de Depressão – II (BDI-II), desenvolvido por Beck em meados da década de 1990, para avaliar a sintomatologia depressiva. A versão brasileira do BDI-II demonstra boas propriedades psicométricas, com alfa de Cronbach de 0,93 na sua validação por Gomes-Oliveira et al. (2012). Tal inventário consiste em 21 itens classificados quanto à intensidade, variando de 0 a 3. Os voluntários foram solicitados a escolher o(s) item(ns) que melhor descreve(m) como se sentiram na última semana, incluindo o dia do preenchimento.

Contou-se ainda com a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV) que consiste em um guia de entrevista baseado no DSM-5, utilizado para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos comumente encontrados no contexto clínico, incluindo a depressão.

Por fim, utilizou-se também o Teste de Memória Autobiográfica (TMA), adaptado por Pergher e Stein (2008) para o Brasil, baseado no paradigma de palavras-chave de Galton-Crovitz. O TMA avalia a capacidade do sujeito em recuperar uma memória específica dentro de um período de tempo delimitado. Nove palavras-estímulo, três de valência positiva, três de valência negativa e três neutras, foram utilizadas para evocar MAs. As respostas foram categorizadas, por juízes independentes, em quatro grupos: "associados semânticos" ou "não memórias" (escore 0); "memória categórica" (escore 1), representando memórias generalizadas; "memória generalizada estendida" (escore 2), referindo-se a um período específico com duração superior a um dia; e "memórias específicas" (escore 3), aquelas circunscritas à 24 horas, contendo aspectos episódicos e semânticos do tipo o quê, quando e onde.

Procedimento

Os voluntários foram convidados a participar do estudo por meio de divulgação em redes sociais diversas, e pela rádio local do município. Informações detalhadas sobre objetivos e hipóteses foram omitidas para evitar enviesamento dos procedimentos. Após o contato inicial, foram agendados dias e horários para a realização da entrevista com SCID-5-CV, avaliando os critérios de elegibilidade. A coleta ocorreu em duas etapas, com um intervalo de três a oito dias entre elas. Cada etapa durou aproximadamente 60 minutos e foi conduzida de forma individual.

Etapas 1 - Tarefa de Evocação da Memória Autobiográfica com TMA

Nesta etapa, os voluntários foram expostos a nove palavras-estímulo, três para cada valência (positiva, negativa e neutra). Após observar cada palavra, cada voluntário teve 60 segundos para evocar e narrar uma memória específica relacionada à palavra ouvida. Caso o relato inicial fosse de uma memória inespecífica, o participante receberia uma instrução de ajuda para tentar recuperar uma memória específica. Foram selecionadas as três MAs com maior especificidade para cada participante, conforme avaliação de dois juízes independentes, sendo uma evocada por pista de valência positiva, outra negativa e uma neutra, para serem utilizadas como estímulos na etapa 2.

Etapas 2 - Tarefa de Evocação por Exposição de MA da Etapa 1

Nesta etapa, os voluntários foram expostos às gravações de suas próprias MAs específicas coletadas na etapa 1, previamente selecionadas. Estes ouviram cada áudio enquanto pista evocativa, e foram solicitados a narrar a primeira MA específica que viesse à mente, em protocolo análogo ao da etapa prévia. Estas memórias evocadas pelos estímulos de auto referência foram registradas e classificadas quanto ao tipo (ausência de MA; relato da mesma MA ouvida, sem mais detalhes; relato da mesma MA ouvida, com mais detalhes; e nova MA específica), e à especificidade, utilizando a mesma categorização do TMA na etapa anterior. Em seguida, as MAs foram transcritas para análise do conteúdo narrativo, possibilitando a comparação dos resultados entre grupos e intra grupos.

Análise dos dados

A classificação das MAs evocadas pelo TMA (etapa 1) e pelas “MAs estímulos” apresentadas por áudios (etapa 2), foi realizada por dois juízes independentes. Um deles categorizou todas as respostas, e o outro classificou as respostas de 20% dos participantes escolhidos aleatoriamente em cada etapa. Esse procedimento foi adotado para verificar a consistência na classificação das respostas, e o índice de Kendall tau-c foi utilizado para avaliar o nível de concordância entre os juízes.

Após a codificação das MAs de ambas as etapas, foram calculadas as médias de especificidade das MAs decorrentes das palavras-estímulo (neutras, positivas e negativas) e das MAs evocadas pelos áudios (neutros, positivos e negativos). O nível de especificidade também foi avaliado por meio da análise das ocorrências (quantidade de palavras) e do número de formas (palavras diferentes que

compõem o texto) em cada grupo, nas duas medidas. Adicionalmente, realizou-se a análise de similitude, no escopo da análise de conteúdo qualitativa, complementar.

Para o tratamento dos dados, foram utilizados dois programas estatísticos: o software Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) e o JAMOVI.

Resultados e Discussão

Um panorama mais geral do experimento mostra que os estímulos utilizados evocaram um total de 9.222 palavras dos 20 participantes, sendo 4.322 palavras evocadas pelo grupo clínico. Dentre as palavras evocadas pelo grupo clínico, 1.815 foram na primeira coleta e 2.507 na segunda, representando um aumento de 27,60% (692 palavras). Por outro lado, o grupo controle evocou 4.900 palavras, sendo 2.135 na primeira coleta e 2.765 na segunda, apresentando um aumento quantitativo de 22,78% (630 palavras) das palavras evocadas da primeira para a segunda coleta.

No presente estudo, a especificidade foi avaliada pela média das especificidades categorizada por juízes para cada valência, e pelo número de ocorrências e formas em cada etapa nos grupos. Para melhor visualização, a Tabela 1 a seguir traz medidas de tendência central para ambos os grupos, clínico e controle, referente às duas etapas do experimento, e características gerais de detalhes e valência emocional das narrativas autobiográficas destas provenientes.

Tabela 1

Diferenças entre grupos com relação à especificidade, valência, ocorrências, formas e etapas

Grupo		Especificidade ao ouvir palavras (pistas)			Especificidade ao ouvir sua própria MA (pista)			Ocorrências (n°)		Formas (n°)	
		Val. positiv.	Val. negativ.	Val. neutra	Val. positiv.	Val. negativ.	Val. neutra	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 1	Etapa 2
Controle	M	3,0	2,7	2,7	2,7	2,9	2,9	170	165,4	96,7	93,4
	DP	0,00	0,41	0,41	0,94	0,31	0,31	59,7	76,2	26,8	35,6
Clínico	M	2,7	2,5	2,3	2,9	2,6	1,9	135	192	82,3	106
	DP	0,64	0,61	0,59	0,31	0,96	1,44	59,7	76,6	28	28,7

Nota. DP: Desvio-Padrão. M: Média.

No caso da variável especificidade, os testes compararam a especificidade das MAs entre e dentre os grupos nas duas coletas, pela categorização dos juízes. Para os dados desta variável, o não cumprimento das exigências estatísticas levou ao uso dos testes não-paramétricos: ANOVA de

Friedman (medida repetidas) e o teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. Não houve, entretanto, diferença entre e dentro os grupos ($p > 0,05$).

Além da especificidade, outras variáveis referentes às características das MAs formaram modelos comparativos, como no caso das chamadas ocorrências (quantidade de palavras), e do número de formas (palavras diferentes que compõem o texto), cuja normalidade na distribuição dos dados permitiu utilização de uma ANOVA subdividida (split plot), com os grupos (clínico e controle) como o fator entre participantes e as condições (etapa 1 e 2) como fator dentro participantes.

Com relação as ocorrências, houve efeito significativo na interação de ocorrências (das duas coletas) e grupos $F_{(1,18)} = 4,66$, $p < 0,05$. O teste de Tukey demonstrou aumento significativo das ocorrências no grupo clínico da etapa 1 para a etapa 2 ($p < 0,05$). Da mesma forma, observou-se efeito significativo na interação número de formas (nas duas coletas) e grupos $F_{(1,18)} = 4,62$, $p < 0,05$, com aumento significativo do número de formas do grupo clínico da etapa 1 para a etapa 2.

As diferenças sugeridas, entre grupos e etapas, para o número de formas e de ocorrências, consideram, conceitualmente, um continuum para evocações autobiográficas, as quais, num extremo, podem apresentar o fenômeno da supergeneralização, com poucos e inespecíficos detalhes, passando por memórias específicas pouco detalhadas, até o outro extremo com alta especificidade e detalhamento. Tal entendimento, mesmo que ainda atualmente discutido sem consenso pleno, está de acordo com boa parte da literatura que tem se debruçado sobre análises de memórias autobiográficas em seus aspectos de especificidade e riqueza de detalhes semânticos, e sua relação com saúde mental (Hitchcock et al., 2019; Hitchcock et al., 2016; Levine et al., 2002; Piolino et al., 2009; Raes et al., 2009).

Dessa maneira, aqui não apenas nos detivemos à classificação das evocações por juízes independentes, para determinação *a posteriori* da especificidade, como foram também considerados aspectos discursivos das evocações pelos recursos do IRAMUTEQ, complementando-se. Discussões acerca dos meandres conceituais envolvendo diferenças e semelhanças entre especificidade e detalhamento de MAs podem encontrar explicações iniciais úteis em Kyung et al. (2016), bem como em Roberts et al. (2018), em prol de estudos futuros. Mesmo estes, contudo, apontam a relação de ambos construtos com saúde mental, inclusive depressão, ainda que com algumas discrepâncias estatísticas.

Na Figura 1 a seguir, é possível perceber a configuração de Comunidades (agrupamento de palavras) em torno dos nós (palavras principais) através da utilização da opção Halo (função que adiciona cor aos grupos), facilitando a visualização dos grupos formados na análise de Similitude do IRAMUTEQ. Por meio do gráfico, é possível distinguir os centros e os ramos, evidenciando a estrutura do corpus textual e a interação entre as palavras chave. Os grafos “ramos” (mais espessos)

representam, através do seu tamanho e intensidade, quais são as relações de palavras mais relevantes extraídas da análise a partir da densa associação existente entre elas. Complementarmente, os grafos mais finos representam associações menos densas, mais fracas. Cada palavra, por sua vez, tem sua importância evidenciada pelo tamanho apresentado dentro do gráfico. Palavras com maior tamanho são consideradas mais importantes no contexto, e vice-versa. Dessa forma, a maior palavra que estiver conectada ao grafo mais denso indicará o ponto de análise principal do gráfico. O grupo controle, nas etapas 1 e 2 do experimento, é referido respectivamente por “B1” e “B2”; igualmente, o grupo clínico resta referido por “A1” e “A2”. Foi utilizada também a análise de formas ativas (palavras mais ativas e relevantes) que permite verificar a lista de palavras de acordo com a sua ordem de ocorrência dentro do corpus textual.

De maneira geral, como visto na Figura 1, em ambas as etapas é possível observar uma composição de fala menos rica em formas, conexões e detalhes para o grupo clínico, comparado-se ao grupo controle. As conexões entre vocábulos, verbos descritivos de situações e vocábulos indicadores de localização temporal mostraram-se perenes ao longo do experimento no grupo controle, entretanto, no grupo clínico, mudanças se tornam aparentes na presença de mais verbos descritivos de ação, além da presença, ainda que singela, de vocábulos localizadores temporais, comparando-se as evocações da etapa 1 com a etapa 2.

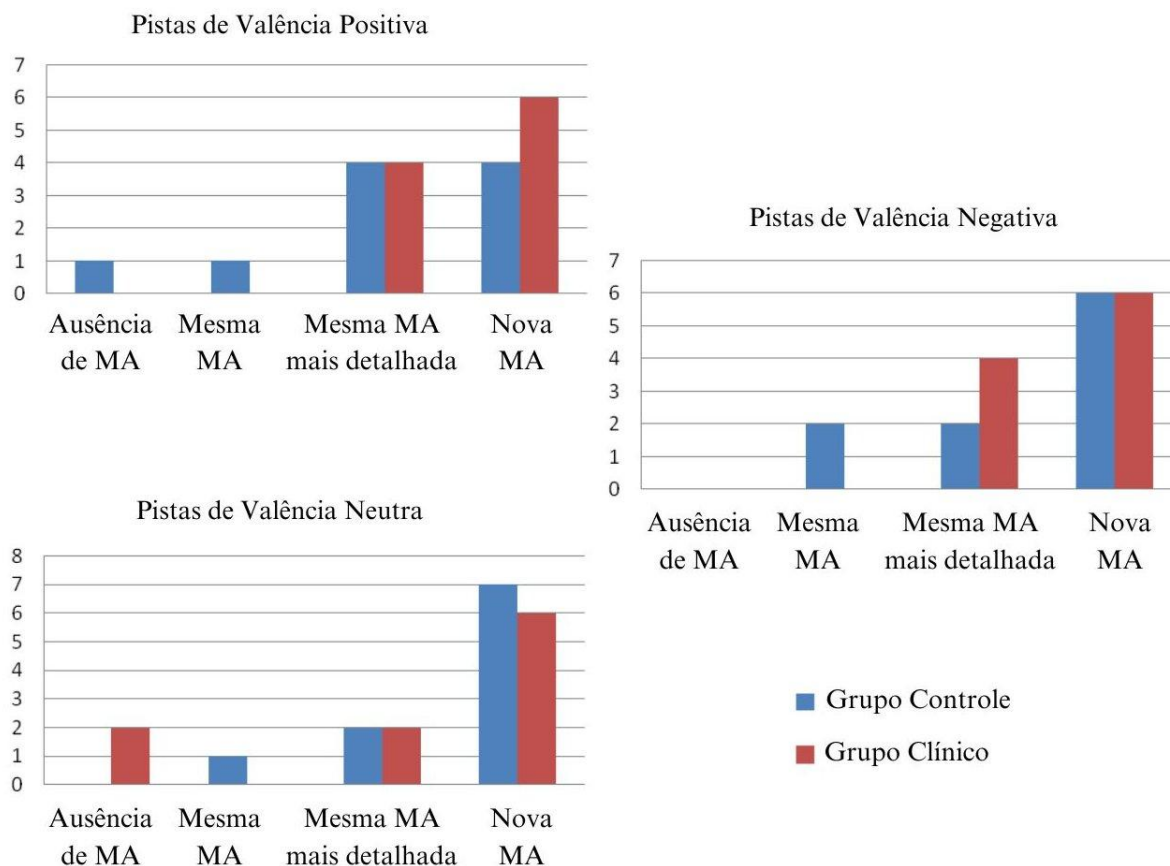
Nesse tipo de análise, a palavra “não” desempenhou um papel de destaque no grupo clínico, no qual a maioria das suas utilizações foram direcionadas à descrição de um evento, evidenciando desagrado ou desacordo por parte do sujeito narrador. Tal padrão para a utilização deste vocábulo pode estar associado às hipóteses de que na depressão ocorre a ativação de padrões negativistas levando a uma tendência a interpretar suas experiências de uma forma menos positiva (Doré et al., 2018; Kim et al., 2018; Köhler et al., 2015; Raes et al., 2009; Weiss-Cowie et al., 2023; Young et al., 2012). Talvez por esse motivo o grupo controle tenha apresentado ocorrências de 26 e 36 para essa palavra, na primeira e segunda coleta respectivamente, enquanto que o grupo clínico apresentou 36 ocorrências já na etapa 1, subindo para 51 na etapa 2.

Observando esse fenômeno, por exemplo, com base na teoria da ativação associativa (Howe et al., 2009), seria possível assumir que o processo de ativação dos nós compositores das memórias responsáveis por solicitar a vivência de uma memória, iniciaria um processo de ativação associativa, já comprometida pelos padrões negativos característicos do quadro depressivo. Sendo assim, a ação de lembrar a memória através de rearranjos da experiência pessoal do indivíduo proposta por Otgaar, Albert e Cuppens, (2012), seria diretamente influenciada pela tendência interpretativa negativista de suas experiências pessoais, não deixando, contudo, de provocar evocações de MAs específicas.

Em paralelo, outro aspecto relevante que carece ser considerado em conjunto com os demais supracitados, é a valência emocional, também inicialmente apresentada na Tabela 1. A seguir, a Figura 2 apresenta gráficos de barras para melhor visualização das proporções e tipos de MAs em função da valência das pistas, para ambos os grupos, levando-se em conta apenas a etapa 2, ou seja, quando as pistas se constituem da gravação de MA dos próprios sujeitos, anteriormente evocadas e gravadas na etapa 1.

Figura 2

Gráficos de barras para categorização das memórias evocadas na etapa 2 (ouvir a si mesmo), de acordo com a valência emocional da pista evocadora, em ambos os grupos



É perceptível, na Figura 2, que a produção de novas MAs específicas, para o grupo clínico, manteve certa constância para os três tipos de valências emocionais nas pistas evocadoras, padrão esse não observado nos dados provenientes do grupo controle, com suave variabilidade aparente. Não apenas isto, como é possível perceber que ouvir sua própria memória de valência positiva, pareceu gerar mais MAs novas no grupo clínico que no grupo controle, enquanto para a valência negativa houve, nesse grupo, um aumento nos detalhes da mesma MA re-evocada, comparando-se ao controle. Ouvir as próprias memórias de valência neutra, contudo, demonstrou uma ausência de qualquer evocação em parte do grupo clínico, efeito esse não observado no grupo controle para tal valência, aliás nesse caso houve maior proporção de novas MAs, comparado ao grupo clínico.

Ao trabalhar com evocação de MAs remotas no tempo, Kim et al. (2018) observaram que pacientes depressivos recordavam de mais eventos de valência positiva em períodos bem mais remotos, em comparação às evocações negativas (mais recentes) ou aquelas do grupo controle. Em nosso estudo, entretanto, apesar de um aumento aparente de novas memórias para pistas positivas,

não foram mensuradas diferenças entre memórias recentes ou remotas, o que pode servir de questionamentos preliminares para pesquisas futuras.

Por outro lado, Young et al. (2012), em estudo que buscou avaliar diferenças entre a valência das pistas e grau de especificidade das MAs, apesar de não encontrarem evidências dessa relação, perceberam prejuízo na evocação de MAs específicas para este grupo clínico, sobretudo no processamento de estímulos positivos, o que condiz com achados recorrentes na literatura. Diferindo assim, à primeira vista, dos resultados aqui presentes. Não obstante, a hipótese do presente estudo é que tal discrepância com o esperado para a evocação do grupo clínico tenha se dado devido ao uso de pistas de auto referência, ouvindo suas próprias memórias, considerando que apenas nelas (etapa 2) esse efeito aparente foi observado.

A fim de discutir sobre a importância da evocação de MA para atualização da “auto identidade” em pacientes depressivos, Bulteau et al. (2023) hipotetizam que alterações desadaptativas nos processos de ruminação, evitação funcional e controle de funções executivas, podem prejudicar a atualização do *self*, do autoconceito, por processos dinâmicos envolvendo, de um lado, a auto representação internalizada, e de outro, a atribuição de causas e consequências para ações. No presente estudo, sujeitos com sintomatologia depressiva ouviram uma narrativa autobiográfica de si mesmos, o que remete, em algum grau, ao acesso às representações internalizadas sobre si, tanto que grande parcela amostral recontou a mesma narrativa, mais detalhadamente. Outra parcela, ainda maior, novas MAs específicas. Além disso, os sujeitos do grupo clínico responderam melhor ao ouvir memórias de cunho emocional negativo e positivo, enquanto observado prejuízo na evocação autobiográfica específica para àquelas narrativas categorizadas como pistas de valência emocional neutra.

Buscando avaliar a evocação de MAs de valência emocional positiva como uma possível estratégia de regulação emocional, Werner-Seidler et al. (2017) reportam que seu grupo clínico relatou redução na tristeza percebida apenas após MAs positivas consideradas concordantes com seu auto conceito, sua noção de *self*. Enquanto aquelas discrepantes não demonstraram qualquer efeito de regulação emocional. Quanto ao presente experimento, também as MAs positivas contendo material de auto referência, proporcionaram leve aumento na evocação posterior de novas MAs específicas. Paralelamente, o estudo de Mukadam et al. (2021) sobre efeitos de narrativas emocionais, sugeriu que MAs positivas podem auxiliar sim no efeito de auto referência.

Aliado a isso, ouvir a si mesmo também envolve processamentos cognitivos e emocionais específicos (Maslowski et al., 2018), devendo ser considerados enquanto aspectos relevantes no planejamento e aplicação das estratégias psicoterápicas envolvendo treinamentos em MA. Sobretudo

para população acometida de sintomatologia depressiva (Kuyken & Moulds, 2009), como ferramenta ainda promissora, cujo potencial não fora, talvez, plenamente aproveitado até então.

Considerações finais

Para interpretação dos achados aqui relatados, sugere-se cautela quanto a generalizações, devido sobretudo a limitações do número amostral, de maneira que amostras distintas podem diferir na forma dos padrões correlacionais apresentados. Com isso em mente, discutiu-se que a prevalência de sintomatologias depressivas pode estar intimamente relacionada com a forma como elaboramos e reelaboramos nossas memórias, o que torna tal processo uma ferramenta em potencial para intervenções psicoterápicas em saúde mental.

A literatura atual no tema tem avaliado padrões cognitivos nas dinâmicas narrativas durante evocação de memórias autobiográficas, seja focando em aspectos relacionados à valência emocional das pistas evocativas e suas repercussões no material lembrado, seja focando no nível de especificidade ou detalhamento das narrativas. Apresenta-se aqui também a possibilidade de pesquisas futuras que considerem as singularidades do efeito de auto referência, de ouvir a si próprio, de recontar narrativas autobiográficas, e de utilizar-se dessas enquanto pistas evocadoras, tanto no âmbito do tratamento e da prevenção de transtornos e sintomatologias depressivas, como também para explorar a ampliação do escopo para outros transtornos de humor ou condições psicopatológicas, em relação com outros construtos.

Referências

- Bulteau, S., Malo, R., Holland, Z., Laurin, A., & Sauvaget, A. (2023). The update of self-identity: Importance of assessing autobiographical memory in major depressive disorder. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, e1644.
<https://doi.org/10.1002/wcs.1644> Recuperado de <https://wires.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wcs.1644>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em psicologia*, 21(2), 513-518. doi 10.9788/TP2013.2-16 Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751532016.pdf>
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological review*, 107(2), 261. doi 10.1037/0033-295X.107.2.261 Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2000-15248-002>
- Doré, B. P., Rodrik, O., Boccagno, C., Hubbard, A., Weber, J., Stanley, B., ... & Ochsner, K. N. (2018). Negative autobiographical memory in depression reflects elevated amygdala-hippocampal reactivity and hippocampally associated emotion regulation. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(4), 358-366. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2451902218300168>

- Forrin, N. D., & MacLeod, C. M. (2017). This time it's personal: the memory benefit of hearing oneself. *Memory*, 26(4), 574–579. doi 10.1080/09658211.2017.1383434 Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28969489/>
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Lotufo Neto, F., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34(1), 389–394. doi <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005> Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbp/a/LsNs3GSfW7cnqXG5QjkBLzf/?lang=en>
- Hitchcock, C., Rodrigues, E., Rees, C., Gormley, S., Dritschel, B., & Dalgleish, T. (2019). Misremembrance of Things Past: Depression Is Associated With Difficulties in the Recollection of Both Specific and Categorical Autobiographical Memories. *Clinical Psychological Science*, 7(4), 693–700. <https://doi.org/10.1177/2167702619826967> Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2167702619826967>
- Hitchcock, C., Mueller, V., Hammond, E., Rees, C., Werner-Seidler, A., & Dalgleish, T. (2016). The effects of autobiographical memory flexibility (MemFlex) training: An uncontrolled trial in individuals in remission from depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.012>.
- Howe, M.L., Wimmer, M.C., Gagnon, N., Plumpton, S. (2009). An associative-activation theory of children's and adults' memory illusions. *Journal of Memory and Language*, 60(2), 229–251.
- Kim, D., Yoon, K. L., & Joormann, J. (2018). Remoteness and valence of autobiographical memory in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 230–235. doi <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9881-6> Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-017-9881-6>
- Köhler C. A. , Carvalho A. F. , Alves G. S. , McIntyre R. S. , Hyphantis T. N. , Cammarota M . (2015) . Autobiographical Memory Disturbances in Depression: A Novel Therapeutic Target? *Neural. Plast.*
- Kuyken, W., & Moulds, M. L. (2009). Remembering as an observer: How is autobiographical memory retrieval vantage perspective linked to depression?. *Memory*, 17(6), 624–634. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09658210902984526>
- Kyung, Y., Yanes-Lukin, P., & Roberts, J. E. (2016). Specificity and detail in autobiographical memory: Same or different constructs?. *Memory*, 24(2), 272–284. doi 10.1080/09658211.2014.1002411 Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09658211.2014.1002411>
- Levine, B., Svoboda, E., Hay, J. F., Winocur, G., & Moscovitch, M. (2002). Aging and autobiographical memory: Dissociating episodic from semantic retrieval. *Psychology and Aging*, 17(4), 677–689. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.4.677> Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0882-7974.17.4.677>
- Magno, E., & Allan, K. (2007). Self-Reference During Explicit Memory Retrieval: An Event-Related Potential Analysis. *Psychological Science*, 18(8), 672–677. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01957.x> Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9280.2007.01957.x>

- Maslowski, M., Meyer, A. S., & Bosker, H. R. (2018). Listening to yourself is special: Evidence from global speech rate tracking. *PloS one*, 13(9), e0203571. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203571> Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30183780/>
- Matsumoto, N., & Mochizuki, S. (2019). Reciprocal relationship between reduced autobiographical memory specificity and depressive symptoms in nonclinical populations. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12, 83-96. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s41811-019-00042-w>
- Mukadam, N., Zhang, W., Liu, X., Budson, A. E., & Gutchess, A. (2021). The influence of emotional narrative content on the self-reference effect in memory. *Aging brain*, 1, 100015. doi <https://doi.org/10.1016/j.nbas.2021.100015> Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589958921000116>
- Otgaar, H., Alberts, H. & Cuppens, L. (2012). Ego depletion results in an increase in spontaneous false memories. *Consciousness and Cognition*, 21(4), 1673-1680. doi <https://doi.org/10.1016/j.concog.2012.09.006> Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1053810012002024>
- Pergher, G. K., & Stein, L. M. (2008). Recuperando memórias autobiográficas: avaliação da versão brasileira do Teste de Memória Autobiográfica. *Psico*, 39(3), 299-307. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/4461>
- Piolino, P., Desgranges, B., & Eustache, F. (2009). Episodic autobiographical memories over the course of time: Cognitive, neuropsychological and neuroimaging findings. *Neuropsychologia*, 47(11), 2314–2329. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.01.020> Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0028393209000244?via%3Dihub>
- Raes, F. Williams J. M. G. & Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: a preliminary investigation of MEMory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40 (1), 24–38
- Roberts, J.E., Yanes-Lukin, P. & Kyung, Y. (2018). Distinctions between autobiographical memory specificity and detail: Trajectories across cue presentations. *Consciousness and Cognition*, 65, 342-351. doi 10.1016/j.concog.2018.08.004 Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30181070/>
- Rubin, D. C., Berntsen, D., Deffler, S. A., & Brodar, K. (2019). Self-narrative focus in autobiographical events: The effect of time, emotion, and individual differences. *Memory & cognition*, 47, 63-75. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.3758/s13421-018-0850-4>
- Sui, J., & Humphreys, G. W. (2015). The integrative self: How self-reference integrates perception and memory. *Trends in cognitive sciences*, 19(12), 719-728. doi <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.08.015> Recuperado de [https://www.cell.com/trends/cognitive-sciences/fulltext/S1364-6613\(15\)00206-5](https://www.cell.com/trends/cognitive-sciences/fulltext/S1364-6613(15)00206-5)
- Symons, C. S., & Johnson, B. T. (1997). The self-reference effect in memory: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 121(3), 371–394. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.371> Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1997-03609-003>

- Weiss-Cowie, S., Verhaeghen, P., & Duarte, A. (2023). An updated account of overgeneral autobiographical memory in depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 105157. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763423001264>
- Werner-Seidler, A., Tan, L., & Dalgleish, T. (2017). The Vicissitudes of Positive Autobiographical Recollection as an Emotion Regulation Strategy in Depression. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 26–36. <https://doi.org/10.1177/2167702616647922>. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2167702616647922>
- Young, K. D., Erickson, K., & Drevets, W. C. (2012). Match between Cue and Memory Valence during Autobiographical Memory Recall in Depression. *Psychological Reports*, 111(1), 129–148. <https://doi.org/10.2466/09.02.15.PR0.111.4.129-148>. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/09.02.15.pr0.111.4.129-148>

SAÚDE E (IN)JUSTIÇA REPRODUTIVA: PANORAMA GERAL SOBRE OS SERVIÇOS DE ABORTAMENTO LEGAL NO BRASIL

REPRODUCTIVE HEALTH AND (IN)JUSTICE: AN OVERVIEW OF LEGAL ABORTION SERVICES IN BRAZIL

Maria Luiza Simões Trindade Valente¹, Ana Júlia Araújo Wenceslau², Paula Rita Bacellar Gonzaga³

Resumo

A partir da pesquisa “Psicologia e atenção humanizada ao abortamento no Brasil”, de bases teórico-metodológicas na psicologia social feminista, realizou-se o mapeamento dos serviços de aborto legal no Brasil. Neste artigo, analisar-se-á o panorama geral dos resultados obtidos por meio das ligações telefônicas, observando as dificuldades no acesso às informações sobre os serviços, o (não) seguimento das normativas do Ministério da Saúde em relação ao aborto legal e de que maneira os discursos sobre abortamento impactam na efetivação desse direito. Constatou-se uma grande dificuldade em coletar dados sobre a realidade dos serviços de aborto legal no país, um desconhecimento das normativas do Ministério da Saúde, bem como sobre a legislação relacionada ao abortamento, além da presença de discursos que inviabilizam a efetivação do direito ao aborto legal para toda população. Conclui-se que o cenário nacional em relação ao direito ao abortamento legal está precarizado e marcado pela injustiça reprodutiva.

Palavras-chave: aborto humanizado, serviços de abortamento legal, psicologia social feminista.

Abstract

Based on the research “*Psychology and Humanized Care for Abortion in Brazil*,” grounded in theoretical-methodological foundations of feminist social psychology, a mapping of legal abortion services in Brazil was made. This article analyzes the overall panorama of the results obtained through telephone calls, examining the difficulties in accessing information about these services, the (non-)compliance with the Ministry of Health's regulations regarding legal abortion, and how discourses on abortion impact the realization of this right. The study found significant challenges in collecting data on the reality of legal abortion services in the country, a lack of knowledge about the Ministry of Health's regulations as well as the legislation related to abortion, and the presence of discourses that obstruct the realization of the right to legal abortion for the entire population. It is concluded that the national scenario regarding the right to legal abortion is precarious and marked by reproductive injustice.

Keywords: humanized abortion, legal abortion services, feminist social psychology.

¹Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais
Contato: malusimoes10@gmail.com

²Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais
Contato: anajuliaaraujowenceslau@gmail.com

³Professora Doutora em Psicologia. Universidade Federal de Minas Gerais.
Contato: paularitabacellargonzaga@gmail.com

Editor-associado: Julia Costa de Oliveira

Recebido em: 01/04/2025

Aceito em: 15/07/2025

Publicado em: 31/07/2025

Citar: Valente, M. L. S. T., Wenceslau, A. J. A., & Gonzaga, P. R. B. (2025). Saúde e (in)justiça reprodutiva: panorama geral sobre os serviços de abortamento legal no Brasil. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 13(1), 33-53.

Introdução

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são um campo historicamente de disputa. Ao se pensar no cenário global, observa-se que dois grandes eventos foram essenciais para qualificar o debate sobre eles: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, e a Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995. A CIPD, aconteceu em Cairo e reuniu representantes de 179 países - incluindo o Brasil - para discutir saúde reprodutiva, planejamento familiar e questões populacionais. A partir das discussões, que pautaram uma perspectiva integral relacionada a população e desenvolvimento, foi traçado o Programa de Ação (Plataforma de Cairo) (UNFPA Brazil, 2007). Tal documento relaciona a equidade de gênero enquanto algo fundamental para o desenvolvimento sustentável e reconhece os direitos reprodutivos como parte disso, incluindo o direito à informação, aos serviços e à autonomia nas questões de contracepção e planejamento familiar (UNFPA Brazil, 2007). A segunda articulação internacional mencionada ficou conhecida como Conferência de Beijing (ONU, 1995), com mais de cinquenta mil participantes de 189 países, também abordou a violência de gênero e os direitos reprodutivos. Nesse momento, apontou-se, ainda, a concepção de direitos sexuais, destacando a necessidade de conceber sexualidade e reprodução de modo entrelaçado, mas com aspectos próprios a serem considerados. Como produto desse encontro, foi aprovada a Declaração e Plataforma de Ação de Beijing, que visa alcançar a igualdade de gênero e eliminar a discriminação contra mulheres e meninas no mundo inteiro nos âmbitos da política, economia, educação e saúde. Ambas tinham enfoque nos direitos das mulheres, reconhecendo a complexidade das questões de gênero e propondo acordos orientativos para resolução das desigualdades constatadas. Contudo, observa-se que, na América Latina, apesar dos avanços e conceitos propostos pelas conferências, discursos conservadores que negam a efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos enquanto direitos humanos ainda vigoram (Corrêa e Kalil, 2020; Dirino e Arbués, 2021; Ruibal, 2014).

Sobre isso, Dirino e Arbués (2021) argumentam que a noção de humanidade não é única e muito menos universal, já que o discurso em defesa dos direitos humanos nunca foi pensado para as pessoas do sul global, as quais, devido ao colonialismo, não são vistas como humanas (Carneiro, 2005; Lugones, 2008). Logo, mesmo sendo direitos humanos, os direitos reprodutivos não são efetivados no hemisfério sul do globo, visto que as pessoas com útero da região não possuem o seu status de humanas validado. Analisar a não efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos na América Latina, a partir da leitura do efeito da colonialidade sobre os corpos, implica pensar sobre o sistema de gênero moderno/colonial, definido por Maria Lugones (2008) como as relações de poder que operam sobre os corpos lidos como femininos, de forma a relegá-las a papéis sociais construídos, não apenas com base no gênero, mas também, com base na raça. Dessa forma, as mulheres de cor (conferir

Nota de Rodapé 1) têm sua humanidade negada em níveis distintos às mulheres brancas, já que são vistas como animais bestializados, enquanto as mulheres brancas são atreladas a animais dóceis (Lugones, 2008). Essa animalidade sobre os corpos vistos enquanto femininos pode ser compreendida na diferença do tratamento de mulheres ao acessarem serviços de saúde.

A literatura acerca da saúde sexual e saúde reprodutiva, principalmente, em relação à violência obstétrica, evidencia que o tratamento dado a pessoas negras é marcado por negligência, desumanização e negação de seus sofrimentos (Góes, 2018; Gonzaga e Mayorga, 2019; Leal et al, 2017). O racismo obstétrico está presente desde a demora para atender pessoas negras, desconsiderando suas queixas, além de passar pelo não uso de anestesia na realização de procedimentos como o parto (Leal et al, 2005; Leal et al, 2017). A dor infligida e ampliada nos serviços de saúde sobre pessoas negras, seja nos momentos de parto, de realização de aborto ou de exames pós-abortamento, é uma violência racista, calcada na desumanização de seus corpos e que contribui para a ampliação das desigualdades sociais no Brasil (Assis, 2018; Do Princípio, 2012; Góes et al, 2020; Gonzaga, 2022; Leal et al, 2005). Logo, para se pensar a efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, é necessário considerar as estruturas imbricadas de opressão que delineiam cenas de violência e resistência para pessoas latino-americanas e como elas são operacionalizadas e reproduzidas na implementação das políticas públicas.

Nessa linha de raciocínio, outro aspecto a ser pensado é a maternidade compulsória que, evidenciada na negação do direito ao abortamento, perpetua e agrava a desigualdade de gênero, atuando como um controle sobre os corpos com útero (Gonzaga e Aras, 2015). Scott (2017) demonstra que a ilegalidade do aborto se insere numa perspectiva histórica de dominação sobre os corpos tidos como femininos, de forma a controlá-los e a permitir que eles existam apenas em determinados papéis e lugares na sociedade. Tal análise está consoante com a perspectiva do sistema de gênero moderno/colonial ao demonstrar que a questão do aborto é uma questão discursiva e de poder, já que o tornar legalizado na América Latina inteira implicaria desconstruir as relações de poder que cerceiam as liberdades das mulheres, como também desconectar seus corpos das diversas imagens às quais estão atrelados (Gonzaga e Mayorga, 2019). Significaria permitir a negação da maternidade não pelo Estado, por políticas eugenistas ou pelo patriarcado, mas por meio da agência das mulheres frente a sua própria potencialidade reprodutiva. A atuação estatal no controle dos corpos com útero se dá, também, na negação da maternidade de grupos considerados indesejáveis pelo Estado. Durante os anos de 1980, no Brasil, ativistas do feminismo negro denunciaram ações e projetos governamentais higienistas que propunham a esterilização em massa de pessoas negras com útero (Damasco et al, 2012).

Há, então, de forma escancarada, a consolidação de um projeto eugenista de sociedade em que o Estado atua para que as famílias tenham apenas a composição normativa: brancas e de classe média, tentando impedir que outras composições familiares existam. O aborto, nessa perspectiva, permite, não apenas, como já foi dito, tensionar as estruturas de opressão que cerceiam a liberdade dos corpos lidos como femininos, questionando a maternidade enquanto dever, como também evidencia a situação de desigualdade sociorracial brasileira. Devido à sua ilegalidade, a realização do aborto em condições inseguras potencializa o risco de morte, principalmente, de mulheres negras, solteiras, jovens, de baixa escolaridade, de menor renda e que já possuem outros filhos (Diniz e Medeiros, 2012; Diniz et al, 2016; Menezes e Aquino, 2009; Ministério da Saúde, 2009; Monteiro et al, 2008 apud Góes et al, 2020).

Especificamente sobre o direito ao abortamento, Borrego (2023) constata que Cuba foi o primeiro país da América Latina e do Caribe a descriminalizar o aborto e criar regulamentações para que ele pudesse ser realizado de forma legal, segura e gratuita, em 1965. Porém, a autora (2023) aponta que, apesar dos avanços conquistados nas mais de seis décadas, ainda existem vários desafios do ponto de vista jurídico, médico e social. Tais desafios estão relacionados à legislação da prática - uma garantia para a interrupção de gestação enquanto direito - ao aperfeiçoamento dos procedimentos médicos menos invasivos e à educação sexual focada na adolescência. No ano de 2007, a interrupção legal da gravidez mediante solicitação da própria mulher foi permitida na Cidade do México, capital do México, e, em 2012, no Uruguai (Aguiar et al, 2018). O país sul-americano mais recente a descriminalizar o aborto foi a Colômbia (Silva, 2022). Durante esse período, entre o primeiro e o último país, por toda a América Latina houve movimentações em prol da legalização do aborto, manifestações essas que ficaram conhecidas como a Maré Verde Latino-americana, e que lograram avanços na ampliação de permissivos em alguns países. A reportagem de Silva (2022) mostra que, no território latino-americano, sete países ainda criminalizam o aborto em qualquer circunstância, sendo eles: República Dominicana, El Salvador, Nicarágua, Jamaica, Honduras, Haiti e Suriname. Dez países, incluindo o Brasil, têm a interrupção voluntária da gestação criminalizada, mas possuem exceções diante de casos específicos. Segundo Aguiar e colaboradoras (2018), as ambivalências presentes nesse cenário estão atreladas a contraposições entre visões religiosas pelo direito à vida fetal (com receio de banalização da prática) e, iniciativas de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que visam centralmente diminuir os índices de aborto inseguro e mortalidade materna.

No Brasil, a história do aborto é marcada pela sua criminalização. Atualmente, o aborto não se configura como crime se houver risco de mortalidade materna ou em casos de estupro, como está previsto nos artigos 124 a 128 do Código Penal. Em 2012, devido à decisão do Supremo Tribunal Federal sobre a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 (ADPF 54), o aborto

também não é enquadrado como crime caso a gravidez seja de feto anencéfalo (Azevedo, 2017). Sobre a sua oferta no Sistema Único de Saúde (SUS), durante os anos 90, diversas normas técnicas foram lançadas para garantir o acesso ao serviço no SUS nos casos permitidos por lei (Azevedo, 2017). Contudo, Miguel (2012) expõe que a luta pela legalização do aborto ainda é interdita por fissuras na laicidade do Estado e na democracia. Durante o período eleitoral, é evidente nas campanhas a maneira como os corpos e a sexualidade feminina são vistos como um território de disputa política permeado por discursos conservadores (Almeida e Bandeira, 2013). Percebe-se, portanto, que ainda há um longo caminho, não apenas para a legalização do aborto, como também para que ele ocorra sem interdições nos casos que já são permitidos por lei. Observa-se, também, que a materialidade do acesso aos serviços de abortamento legal no SUS é deficitária e desigual (Diniz et al, 2017; Fonseca et al, 2020; Jacobs e Boing, 2022; Silva Jeremias, 2020; Zanghelini, 2020).

Nos últimos anos, ocorreram diversos retrocessos no âmbito da saúde sexual e saúde reprodutiva. O governo de Jair Bolsonaro investiu contra a realização do aborto no país, inclusive em casos permitidos por lei, por meio de portarias e discursos conservadores que buscavam dificultar que o procedimento se realizasse em qualquer circunstância (Gonzaga, Gonçalves e Mayorga, 2021). As reverberações dos discursos conservadores utilizados pelo ex-presidente e seus ministros se deram para além das interdições regimentais. Cabe ressaltar o caso ocorrido em 2020, quando uma menina de 10 anos de idade, estuprada pelo tio, quase não conseguiu realizar a interrupção gestacional devido às mobilizações da então ministra Damare Alves para que o procedimento não fosse realizado (Gonzaga, Gonçalves e Mayorga, 2021). Novamente, o governo de Jair Bolsonaro atuava para impedir a materialização de um direito. Outra forma de desmonte no que tange aos direitos sexuais e direitos reprodutivos que ocorreu nos anos da ex-presidência de Bolsonaro, em especial, durante a pandemia do Covid-19, foi a negligência com a saúde sexual e saúde reprodutiva. O Ministério da Saúde chegou a divulgar uma Nota Técnica sobre o acesso aos serviços durante o contexto pandêmico, porém, por ter desagradado deputados conservadores da base governamental, a nota foi revogada e nenhuma outra ação voltada à temática foi anunciada, além de toda a equipe responsável pela Nota ter sido exonerada de seus cargos (Gonzaga, Gonçalves e Mayorga, 2021).

Após esse período no qual a centralidade do enfrentamento à pandemia eclipsou outras problemáticas de saúde, especialmente aquelas concernentes às diversas formas de violência de gênero (Moreira et al., 2020), o Brasil atualmente vive um momento de reconstrução de suas políticas públicas, entre estas as políticas relacionadas aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Em uma entrevista no programa Roda Viva, em 2023, a atual Ministra da Saúde, Nísia Trindade (conferir Nota de Rodapé 2), abordou o tema dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, afirmando que eles são prioridades para o ministério no que tange à saúde integral de pessoas com útero. Ademais, já no

início do novo governo, o Ministério da Saúde revogou as portarias anteriores que não foram acordadas com os gestores das políticas públicas nos âmbitos municipais e estaduais, além das que eram relacionadas ao cuidado materno e infantil, revogando também a portaria supracitada que impunha a notificação compulsória à polícia, por parte da equipe de saúde, em casos de aborto devido a estupro (Brasil, 2023).

A partir desse contexto - de destruição e reconstrução dos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva do SUS no contexto pós-pandêmico e pós-governo Bolsonaro - a pesquisa “Projeto Psicologia e Atenção Humanizada ao Abortamento no Brasil”, buscou mapear como os serviços de aborto legal pelo SUS têm organizado a oferta desses atendimentos. A partir de uma abordagem teórico-metodológica da psicologia social feminista e do feminismo decolonial, as normativas oficiais e a literatura especializada foram consultadas como pontos de orientação para as análises. Neste artigo apresentamos um recorte parcial dos resultados do projeto, com o objetivo de evidenciar a efetivação e/ou interdição de direitos, como o contato ou a ausência de contato revela sobre a cultura de criminalização do aborto no Brasil e, por fim, refletir sobre as respostas dos profissionais da saúde atuantes nos serviços listados que, ao serem questionados em relação à realização de procedimentos de abortamento nos locais em que trabalham, revelaram possíveis movimentos de interdição do direito ao aborto legal.

Metodologia

O projeto de pesquisa estruturou-se no âmbito dos três pilares da universidade pública: ensino, extensão e pesquisa. Em termos de ensino, as pesquisadoras coordenaram o Grupo de Estudos sobre Psicologia e Aborto na América Latina (GEPSILA), organizando reuniões semanais durante o ano de 2023, nas quais se debruçaram sobre um escopo bibliográfico acerca dos direitos sexuais, dos direitos reprodutivos e sobre o panorama do aborto tanto no Brasil, quanto no contexto latino-americano. A extensão se deu na organização do IV Encontro Nacional de Pesquisa e Ativismo sobre Aborto (ENPAA) que ocorreu em setembro de 2023 na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O ENPAA é um evento bienal que, em sua quarta edição, contou com a participação de pesquisadoras, ativistas de todas as regiões brasileiras e representantes de autarquias (Conselho Federal de Psicologia, Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, Defensoria Pública de Minas Gerais) e Organizações não governamentais (Católicas pelo Direito de Decidir, Nem Presa, Nem Morta). O IV ENPAA cultivou espaços amplos de debate a partir de mesas-redondas, de simpósios temáticos, oficinas, além da participação no ato de rua do Dia Latino-Americano e Caribenho de Luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto na cidade de Belo Horizonte. Tais discussões ainda reverberam nos espaços universitários e organizações de profissionais da área da Saúde e do Direito.

A pesquisa - sobre a qual analisar-se-ão os dados neste artigo - foi dividida em três partes. Em um primeiro momento, realizou-se uma busca sobre quais estabelecimentos de saúde ofertavam o serviço de aborto legal na plataforma DataSUS, a partir dos resultados obtidos esses serviços foram listados e divididos, primeiramente, por região e, em seguida, por estado. Os dados de contato telefônico e e-mail também foram catalogados, visto que seriam primordiais para a continuação da pesquisa.

A segunda parte ocorreu durante o último semestre de 2023, período no qual foram realizadas ligações para os serviços listados, nas quais as pesquisadoras almejavam conseguir as informações, exercendo o direito de acesso à informação garantido pela Lei nº 12.527 de 2011, Lei de Acesso à Informação. Para conduzir as ligações, foi elaborado um roteiro de perguntas fundamentado a partir das considerações presentes na literatura especializada e das diretrizes normativas vigentes (Brasil, 2011; Brasil, 2012; Dias et al, 2022; Diniz et al, 2017; Fonseca et al, 2020; Jacobs e Boing, 2022; Moreira et al, 2020; Silva et al, 2019). A construção do instrumento de pesquisa foi elaborada para facilitar a livre expressão dos discursos de profissionais sobre a oferta de interrupção gestacional nos casos previstos em lei. As respostas obtidas por meio das ligações foram transcritas para análises futuras, bem como foram elaborados diários de campo que registrassem os elementos percebidos pelas pesquisadoras durante o contato. A produção de diários de campo implicou em materializar os incômodos, dúvidas e dificuldades de cada pesquisadora ao realizar os contatos. Considerando que “as teorias provocam mudanças nos nossos corpos, no regime de verdades que nos constituem, na forma que interpretamos o mundo, o que acontece nele e, principalmente, nas subjetividades” (Gorjon et al, 2019, p. 03), o registro das afetações produzidas na realização dos contatos também se dá em atenção ao campo teórico onde nos inserimos.

As análises foram conduzidas a partir da perspectiva da psicologia social feminista, que pode ser compreendida como: “uma corrente que se debruça sobre o processo de decifração dos conteúdos e significações explícitas e implícitas que instituíram e continuam a perpetuar diferenças como desigualdades” (Lima et al, 2019, p.54). Nesse sentido, de forma a tensionar a pretensa universalidade proposta pela ciência hegemônica que simplifica as mazelas sociais, apostamos na interseccionalidade como ferramenta metodológica (Akotirene, 2019; Gonzaga, 2022) e nas postulações das teorias decoloniais e do feminismo negro, visto que pensar os atravessamentos de raça e gênero significa complexificar as discriminações que mulheres sofrem no contexto brasileiro e da América Latina também pelas desigualdades de classe e raça que estruturam esse território (Carneiro, 2019), inclusive no que tange à interrupção gestacional.

Por fim, a terceira parte da pesquisa foi o envio de ofícios institucionais por email para os serviços, a fim de alcançar respostas oficiais das instituições, além de observar se haveria uma

diferença entre as informações passadas, via ligação telefônica. No presente artigo, os dados analisados serão da primeira e da segunda fase do projeto, com foco em um panorama geral do que se constatou nas buscas aos sites oficiais e nos contatos telefônicos realizados com os serviços.

Discussão

Panorama Geral

De acordo com o DataSUS, no Brasil, a realização do abortamento legal está ofertada em 125 estabelecimentos de saúde. Durante o contato telefônico com os estabelecimentos listados da região Sul, descobriu-se mais um estabelecimento de referência para a realização do abortamento, o qual não constava no DataSUS. Vide a tabela abaixo:

Tabela 1: Quantidade de Estabelecimentos de acordo com o DataSUS e Quantidade de Ligações realizadas

Regiões	Estabelecimentos de Saúde (DataSUS)	Contatos via Telefone (sites oficiais)
Norte	12	3
Nordeste	46	29
Centro-oeste	8	5
Sudeste	48	30
Sul	11	12
Total	125	79

É perceptível a deficiência na oferta de locais para a realização do aborto legal quando se analisam os índices de violência sexual contra mulheres e crianças. De acordo com o 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2024), ocorre, no Brasil, um estupro a cada seis minutos, sendo que em 2023, 83.988 pessoas foram vítimas dessa violência. Desse número, 88,2% eram do sexo feminino, 52,2% eram negras e 61,6% tinham até 13 anos. Em relação à violência sexual contra crianças e adolescentes (de 0 a 17 anos), a situação se torna ainda mais alarmante, em especial, quando levada em conta a quantidade de serviços disponíveis para a realização de abortamento legal por região. De

acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2024), Mato Grosso do Sul, Rondônia e Roraima são os estados com os maiores índices de estupro contra crianças e adolescentes, os quais estão localizados em regiões com os menores números de hospitais que realizam abortamento legal por estado, como exposto pela tabela acima. Somando esses dados de estupro e de poucos hospitais de referência aos fatos de que, primeiramente, qualquer relação sexual com menores de 14 anos é considerada estupro e, em segunda instância, que o aborto possui o excludente de ilicitude em casos de violência sexual (Brasil, 1940), observa-se o quão preocupante é o cenário de não garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, em especial, nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Logo, nos casos de estupro de vulnerável que geram uma gravidez, a qual, por lei, tem o direito ao abortamento, resta o questionamento sobre onde se dará o procedimento, visto que, apesar dos grandes índices de violência, não há número suficiente de hospitais e/ou maternidades que realizam o abortamento legal. Tal reflexão, agravada em relação ao Norte e Centro-Oeste, pode ser feita sobre as demais regiões do país, visto o tamanho continental do Brasil e as desigualdades entre o meio urbano e o rural (Diniz et al, 2017; Jacobs e Boing, 2022).

O que leva à conclusão de que, com números tão alarmantes de violência sexual, apenas 126 estabelecimentos espalhados de forma desigual pelo país não são suficientes para garantir o acesso ao direito ao abortamento em casos de violência sexual. Com poucos locais disponíveis para a realização do procedimento, muitas mulheres recorrem à ilegalidade, correndo sérios riscos de vida (Góes et al, 2020). O cenário de negação de direitos persiste, inclusive, quando mulheres recorrem aos serviços de saúde após complicações de abortos clandestinos, visto que a atuação de profissionais da saúde com essas mulheres é marcada por condutas punitivistas e discriminatórias, deixando em segundo plano o atendimento humanizado (Silva et al, 2019). Ademais, a violência sexual no país é um fenômeno invisibilizado nos serviços de saúde pública, já que os profissionais de saúde apresentam dificuldades em identificá-la, além de tratar o fenômeno como responsabilidade exclusiva da segurança pública, o que impede que sobreviventes dessa violência tenham acesso aos seus direitos, como o direito ao aborto legal (Moreira et al, 2020).

As barreiras institucionais

A percepção de que casos de violência sexual pertencem, primeiramente, à instância da segurança pública ficou evidente em quatro das cinco regiões do país. No Norte, em um dos estabelecimentos contatados, obteve-se a seguinte resposta sobre a realização do abortamento legal: “Esses casos são só por questões judiciais. Primeiro, tem que fazer o B.O., um processo na delegacia e envolve muita gente”. Na região Nordeste, quatro estabelecimentos realizam o procedimento mediante a apresentação de um Boletim de Ocorrência (B.O). Em relação ao Centro-Oeste, no contato telefônico com o Hospital Estadual da Mulher (GO), o profissional que respondeu aos questionamentos

das pesquisadoras disse que: “Aborto legal? Como assim?” (...) Precisa de B.O. ou pode passar pelo médico para ele te orientar melhor”. Sobre a região Sudeste, dois estabelecimentos também exigem a apresentação de B.O. Por fim, apenas no Sul do país que esse empecilho para a realização do aborto legal não foi mencionado nas ligações.

Tabela 2: Exigência de Apresentação de Boletim de Ocorrência e Decisão Judicial por Região

Regiões	Exigência de Apresentação de B.O.	Exigência de Decisão Judicial
Norte	1	1
Nordeste	4	1
Centro-oeste	1	0
Sudeste	2	0
Sul	0	0

A exigência, seja de B.O, seja de decisão judicial, contradiz o que a norma técnica do Ministério da Saúde (2012) - “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes” - postula, já que a norma estabelece que apenas o relato circunstanciado da sobrevivente é o necessário para que o procedimento ocorra, sem que haja prejuízos ou penalização à equipe caso seja constatado posteriormente que o relato era falso (Brasil, 2012). Logo, observa-se que tais exigências, como também o desconhecimento da equipe sobre as normas de atuação, são estratégias institucionais para barrar o acesso ao direito ao abortamento legal, já que colocam o atendimento à saúde em segundo plano, obrigando as sobreviventes a passarem pelas instâncias de segurança pública e jurídicas para, então, terem seu direito assegurado (Moreira et al, 2020; Silva et al, 2019). Para além disso, exigir esses documentos demonstra a suspeição que os profissionais da saúde apresentam em relação às sobreviventes, como se seus relatos fossem falaciosos, o que gera uma inversão perversa de papéis: de sobreviventes de uma situação de violência, elas se tornam, aos olhos da equipe, suspeitas que estão tentando infringir a lei. É perceptível, enfim, que a indagação sobre os discursos das sobreviventes é uma ferramenta de constrangimento que busca impedi-las e

desmotivá-las de acessar os serviços de aborto legal. (Góes, 2020; Gonzaga, Gonçalves e Mayorga, 2021; Moreira et al, 2020; Silvia Jeremias, 2020).

Observa-se, portanto, como condutas individuais de negação de direitos, seja por motivos de desconhecimento, seja por questões morais, impedem o pleno funcionamento do SUS no âmbito da saúde sexual e da saúde reprodutiva. Pensar sobre condutas individuais tendo em perspectiva o funcionamento do SUS implica em refletir sobre a fragilidade do Sistema Único em ter uma postura institucional de cuidado em saúde, não dependendo, assim, de posturas individuais para que o acesso à saúde seja efetivado (Soares, 2017). Em relação à saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente, sobre a garantia ao aborto legal, é necessário tensionar a criação de barreiras por profissionais das instituições que deveriam garantir o acesso a esse direito e, dessa forma, o cuidado em saúde, pensando que o SUS, enquanto o sistema público de saúde do Brasil, deveria ter um funcionamento que refletisse as normas técnicas e não o desconhecimento dos profissionais em relação a elas (Branco et al, 2020; Moreira et al, 2020; Soares, 2017). Como as falas acima ilustram, no contato telefônico, o direito ao abortamento foi interditado por profissionais que afirmaram categoricamente sobre a exigência de documentos não necessários para a realização do procedimento.

A ausência de informações enquanto entrave para efetivação do direito ao aborto legal

Tabela 3: Quantidade de Estabelecimentos Sem Possibilidade de Contato Telefônico

Regiões	Não Atendeu	Telefone fora de funcionamento	Encaminhamento para outro setor sem sucesso
Norte	4	5	0
Nordeste	5	10	2
Centro-oeste	1	3	1
Sudeste	15	1	2
Sul	0	0	0

Dos equipamentos levantados, classificados enquanto serviços de atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos por lei, em 49 (38,9%) não foi possível contactar. A dificuldade de contato revela (mais) uma violação, do direito previsto no inciso XXXIII do art. 5º da Constituição Federal: “todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral”(Brasil, 1988). Ainda, a Lei nº 12.527, de 2011, que regulamenta o acesso a informações e orienta o funcionamento dos serviços de acordo com as diretrizes de “divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações” e “utilização de meios de comunicação viabilizados pela tecnologia da informação” (Brasil, 2011).

Tabela 4: Estabelecimentos que informaram sobre a não-realização de Abortamento Legal

Regiões	Não Realiza	Não Realiza e encaminhou para outro estabelecimento	Não Realiza/Não Existe/É Crime
Norte	0	1	1
Nordeste	4	3	0
Centro-oeste	0	1	0
Sudeste	6	2	2
Sul	0	0	0

Para além de representar uma falência das leis em relação ao acesso à informação, pode-se analisar esse não acesso como uma prática de violência institucional, calcada pela omissão de direitos, isto é, a negação total de procedimentos em saúde, no caso, o abortamento (Santos et al, 2011 *apud* Moreira, 2020). Percebe-se, como a presente discussão já apontou, a fragilidade do SUS em garantir a efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, ao ponto de perpetuar a violência de negar o cuidado à saúde em uma instância anterior à chegada aos serviços que o compõem. Ademais, alguns serviços em que o contato ocorreu nos informaram que não realizavam e em um caso nos informaram que: “todo aborto é um crime”, essas respostas se agravam quando consideramos que esses serviços estão listados no DataSUS como serviços de referência para os casos de aborto previstos em lei.

Por fim, conclui-se que a dificuldade de dados essenciais para o atendimento a vítimas de violência sexual gera uma peregrinação virtual e física, somada à falta de contato tanto nos casos de ocultação de informação, quanto no caso de meios de comunicação fora de funcionamento. Observa-se que não há apenas a violação de direitos, mas também a manutenção da centralidade do poder sobre os corpos que gestam a partir da dependência de quem detém as informações e controla como e quando elas circulam (Foucault, 1971). Tal saber-poder insiste em perpetuar o protagonismo das vozes de opressão machista e racista, deixando a declaração da vítima em último plano. Dessa forma, a suspeição da narrativa da vítima faz com que a verdade seja construída a partir dos profissionais, que têm sua percepção influenciada pela demonstração do trauma físico e emocional causado, buscando o papel investigador (Diniz et al, 2014).

Os discursos da saúde

Tabela 5: Estabelecimentos que informaram as condições para realização do Abortamento Legal

Regiões	Realiza Mediante Avaliação (não especificado)	Realiza Mediante Avaliação Clínica e Psicológica	Realiza Mediante Avaliação Médica	Realiza Mediante Avaliação Multidisciplinar
Norte	0	0	0	0
Nordeste	0	0	1	4
Centro-oeste	0	0	0	0
Sudeste	2	0	1	3
Sul	5	1	0	2

Em 8 dos 12 serviços na região Sul, houve na ligação a informação do procedimento de avaliação que era justificado com o intuito de conferir a data de gestação e do relato. Em algumas respostas especificaram os componentes das equipes de avaliação. As profissões da psicologia e da medicina eram enfatizadas para ocupar o lugar de verificar a verdade na equipe que realiza tal etapa. Essa estética corrobora o pensamento de Foucault (1971) a respeito da vontade de verdade enquanto força reguladora discursiva dentro da medicina e das práticas clínicas, em que as normas sociais são reforçadas na relação entre o poder e o discurso. O que é dito e quem está dizendo influencia a forma como as narrativas são consideradas verdadeiras, assim, a linguagem opera como uma forma de

controle e poder na sociedade. Ademais, as instituições operam para regularizar quais discursos são autorizados e quais são excluídos para a manutenção do poder, fenômeno que é corroborado nas relações de poder dentro do cenário da saúde. O hospital se faz enquanto uma instituição do saber da saúde mais do que o próprio sujeito, operando a seleção institucionalizada (Foucault, 1971).

Continuando, ao se pensar sobre os efeitos entre o discurso psicológico e médico e a fala das sobreviventes, é necessário refletir sobre quem são as mulheres validadas em suas dores, as vistas como realmente vítimas e quem são as mulheres em que o cuidado em saúde é interditado. Como previamente exposto, o sistema de gênero moderno/colonial está presente no tratamento distinto dado a mulheres negras e mulheres brancas ao acessarem os serviços de saúde, o que é materializado nas categorizações entre quais são as mulheres enquadradas enquanto vítimas e quais são as mulheres vistas enquanto criminosas (Gonzaga e Mayorga, 2019; Gonzaga, 2022; Lugones, 2008; Zanghelini, 2020). Assim, refletir sobre a necessidade de avaliação médica/psicológica implica pensar de que forma essas avaliações estão permeadas por discursos racistas e machistas que impedem o acesso ao direito ao aborto legal de formas distintas em relação aos diferentes corpos que acessam os serviços do SUS.

Para além disso, observa-se que a permanência de uma lógica patriarcal-racista nos discursos médicos, a qual foi construída historicamente, a partir do referencial masculino-hetero-cis-branco enquanto norma e os corpos restantes, enquanto patologizáveis e meros objetos de estudo, nunca sujeitos dotados de um saber sobre os seus próprios corpos (Medrado e Lima, 2020). Logo, a negação de acesso àquilo que era direito, no caso do aborto legal, se pauta na lógica machista-racista, que marginaliza e silencia os corpos lidos como femininos, agindo como engrenagem no funcionamento das políticas públicas de saúde.

Considerações finais

A partir dos dados analisados, conclui-se que o cenário dos direitos sexuais e direitos reprodutivos no Brasil, especificamente, sobre a garantia ao acesso ao aborto legal está precarizado. Observa-se que a situação brasileira, em consonância com a realidade sócio-histórico da América Latina, está marcada pela injustiça reprodutiva, isto é, pela ausência da garantia do poder de escolha igualitário das mulheres sobre os seus corpos, o que passa pela decisão de se ter ou não filhos, mas também se baseia, nas desigualdades estruturais que inviabilizam direitos básicos (Zanghelini, 2020). Para repensá-la, é necessário ampliar a noção humanidade para os corpos do sul global, de forma que o Brasil não seja apenas signatário nos acordos previamente citados, mas que, o que está dito nesses acordos ressoe nas políticas públicas brasileiras de forma a garantir a efetivação de, no mínimo, direitos já garantidos por lei.

Contudo, é válido refletir se leis, constituições, acordos são o que basta para a materialização de direitos na realidade. Em relação ao aborto, observa-se, como apontado em todo artigo, que não, não é o bastante. Assim, é válido refletir que os direitos, como, por exemplo, os Direitos Humanos - dentre os quais estão os direitos sexuais e direitos reprodutivos - podem ser compreendidos em uma perspectiva constitutiva/constitucional, como em uma fotografia, a qual possui um enquadre e uma perspectiva, fotografando, no caso, quem são os humanos para os Direitos Humanos e, dessa forma, deixando, à margem do enquadre, todo um contingente de corpos. Para minar esse enquadre-margem, é necessário trazer uma perspectiva fílmica, isto é, com movimento, que leve em consideração os movimentos de forças antagônicas que disputam quais corpos serão enquadrados e quais não, para, assim, abarcar as diferenças na universalidade, em vez de apagá-las em nome do homogêneo (Perez et al, 2010).

Pensar sobre as diferenças, os discursos e as construções sociais que determinam o (não) acesso à saúde sexual e à saúde reprodutiva, significa, também, pensar sobre quais informações podem circular e quais informações são interditadas. No caso da pesquisa, é evidente que a desinformação sobre os permissivos legais em relação ao abortamento e sobre a própria realização do aborto em hospitais, em teoria, de referência, possui amplo escopo de transmissão. Os próprios silêncios de telefones não atendidos, números errados e encaminhamentos em vão, transmitem a informação de que o aborto, mesmo em casos legais, não é permitido. Entretanto, quando se observa a difusão das normativas do Ministério da Saúde, das leis, das orientações, percebe-se que elas são interditadas. O seu eco ressoa menos do que os discursos contrários aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

O que leva à reflexão sobre o embate de forças discursivas que determinam o que pode ser pautado e o que deve ser silenciado (Foucault, 1971). Na lógica do saber-poder, o silêncio de uma instituição que deveria garantir o cuidado a sobreviventes de violência sexual pode ser propagado, pois não tensiona o poder hegemônico que relega aos corpos lidos enquanto femininos - porém, que não cumprem com a maternidade compulsória - a morte, seja por complicações pós abortamento, seja por recorrem a abortos em condições precárias (Góes et al, 2020; Foucault, 1971; Mbembe, 2018). Enquanto isso, os discursos pró-vida das mulheres, em defesa dos Direitos Humanos, à favor da justiça reprodutiva são escamoteados por, precisamente, proporem uma outra ordem social, pautada na diferença e não na hegemonia.

Finalmente, para efetivar os direitos sexuais e direitos reprodutivos, ampliando, assim, o cuidado em saúde, é primordial reforçar o compromisso ético-político da psicologia com a transformação social. Uma psicologia política, pautada em uma leitura crítica, não apenas brasileira, como também, latino-americana, que almeje a conscientização da sociedade, no sentido de ter uma

prática emancipatória, que seja ponte para o acesso a direitos em grupos marginalizados, é fundamental para que o cenário brasileiro de (in)justiça reprodutiva seja mudado (Gonzaga, 2022; Martín-Baró, 1997). Ter uma escuta humanizada, uma prática que tensione os saberes médicos inquisitórios, que busque descristalizar as sobreviventes das posições pouco abrangentes de suas subjetividades, que valide as suas dores e que garanta o acesso ao direito ao abortamento legal são ferramentas para tanto.

O próprio Conselho Federal de Psicologia orienta por uma prática assim, na Resolução de número 8, a qual postula sobre o dever ético-político do profissional em psicologia de garantir um atendimento humanizado, sem julgamentos e pautado na garantia dos Direitos Humanos (CFP, 2020). Logo, cabe a todas(os) psicólogas(os) do país fazer ecoar - não apenas tal resolução, como também as demais do Ministério da Saúde - apesar de todas as interdições, os discursos que defendem a vida de todos os corpos que querem ter seu direito ao aborto legal efetivado e garantido no SUS.

Nota de Rodapé

1. O termo “mulheres de cor” foi utilizado para remeter às mulheres de territórios que foram alvo da colonialidade europeia ao redor do mundo. De acordo com Lugones (2020): “‘Mulheres de cor’ não propõe uma identidade que separa, e sim aponta para uma coalizão orgânica entre mulheres indígenas, mestiças, mulatas, negras, cheroquis, porto-riquenhas, siouxies, chicanas, mexicanas, pueblo – toda a trama complexa de vítimas da colonialidade do gênero, articulando-se não enquanto vítimas, mas como protagonistas de um feminismo decolonial.”(p.15)
2. No momento da submissão do presente artigo, o cargo chefe do Ministério da Saúde era ocupado pela então ministra Nísia Trindade. Em março de 2025, Alexandre Padilha substituiu Nísia Trindade como Ministro da Saúde.

Referências

- Aguiar, B. H. K., da Silva, J. M., Libardi, M. B. O., de Andrade Passos, J., de Andrade, S. C., Parente, P. B. C., ... & de Oliveira, A. M. I. (2018). A legislação sobre o aborto nos países da América Latina: uma revisão narrativa. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 29(01), 36-44.
- Almeida, T. M. C. de; Bandeira, L. M. (2013). O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 41, p. 371-403, dez. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332013000200018&lng=pt&nrm=iso.
- Assis, J. F. de. (2018). Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serviço Social & Sociedade*, (133), 547–565. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>

- Azevedo, A. F. (2017). Direito ao aborto, gênero e a pesquisa jurídica em direitos fundamentais. *Sexualidad, Salud Y Sociedad* (Rio De Janeiro), (26), 236–261. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.26.12.a>
- Branco, J. G. de O., Brilhante, A. V. M., Vieira, L. J. E. de S., & Manso, A. G. (2020). Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais sobre o aborto legal. *Cadernos De Saúde Pública*, 36 , e00038219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00038219>
- Brasil. (1940). Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940). Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1940/ld2848.htm
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Brasil. (2011). Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. Diário Oficial da União. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm
- Brasil. (2012) Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3ª edição. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. Saúde Sexual e Reprodutiva: Contracepção no SUS. Brasília, DF. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/57a-legislatura/violencia-obstetrica-e-morte-materna/apresentacoes-em-eventos/23.09.26PriscillaCarolinedeSousaBritoAtenosadedaMulherdoMinistriodaSade.pdf>
- Borrego, A. (2023). Aborto voluntário em Cuba: avanços e desafios. *Argumentum*, 15(1), 82–97. <https://doi.org/10.47456/argumentum.v15i1.39119>
- Carneiro, A. S. (2005). A construção do outro como não-ser como fundamento do ser (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Carneiro, S. (2019). Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In H. Buarque (Org.), *Pensamento feminista - conceitos fundamentais* (pp. 325-333). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Castro, R., Lino, T., & Mayorga, C. (2021). Desobediências Epistêmicas: propostas feministas e antirracistas em direção a um projeto de ciência e sociedade decolonial. *Cadernos de Estudos Culturais*, 2, 209-226. <https://doi.org/10.55028/cesc.v2i24.11954>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2020). Resolução CFP nº 08/2020. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-082020.pdf>
- Côrrea, S., & Isabella, K. (2020). Políticas antígeno em América Latina: Brasil. Observatorio de Sexualidad y Política (SPW).

- Damasco, M. S., Maio, M. C., & Monteiro, S. (2012). Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Revista Estudos Feministas*, 20(1), 133–151. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100008>
- Diniz, D., Dios, V. C., Mastrella, M., & Madeiro, A. P. (2014). A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Revista Bioética*, 22(2), 291–298. <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222010>
- Diniz, D., Medeiros, M., & Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2), 653–660. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>
- Dirino, A. K., & Arbués, M. P. (2021). Corpo, Política e Religião: A luta pela descriminalização do aborto no Brasil e Argentina – Um desafio aos Direitos Humanos das Mulheres / Body, Politics and Religion: The Struggle for the Decriminalization of Abortion in Brazil and Argentina - A Challenge to Women's Human Rights. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 20614–20622. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-620>
- Do Princípio, Rede Parto. (2012). Violência obstétrica: “parirás com dor”. P. 57-108, P. 130-141.
- Fonseca, S. C., Domingues, R. M. S. M., Leal, M. do C., Aquino, E. M. L., & Menezes, G. M. S. (2020). Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos De Saúde Pública*, 36, e00189718. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189718>
- Foucault, M. (1971). *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2024). *Anuário brasileiro de segurança pública 2024 (18ª ed.)*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. ISSN 1983-7364.
- Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). (2007). *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Conferência do Cairo +25*. Recuperado de <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%A2ncia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%A2ncia-do>
- Goes, E. F., Menezes, G. M. S., Almeida, M.- da .-C. C., Araújo, T. V. B. de ., Alves, S. V., Alves, M. T. S. S. B. e ., & Aquino, E. M. L. (2020). Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos De Saúde Pública*, 36, e00189618. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>
- Gonzaga, P. R. B., Mayorga, C., & Aras, L. (2015). Mulheres Latino-Americanas e a Luta por Direitos Reprodutivos: o panorama da conjuntura política e legal do aborto nos países da América Latina. *Revista De Estudos E Pesquisas Sobre As Américas*, 9(2). Recuperado de <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/16040>
- Gonzaga, P. R. B., & Mayorga, C. (2019). Gênero, sexualidade, corpo e reprodução: reflexões a partir do feminismo decolonial. In D. Ferrão, L. H. d. Carvalho, & T. Coacci (Orgs.), *Psicologia, gênero e diversidade sexual: saberes em diálogo* (Cap. 5, pp. 108–136). Belo Horizonte, MG: CRP04.
- Gonzaga, P.R.B, Gonçalves, L., & Mayorga, C. (2021). O conservadorismo distópico à brasileira: Direitos sexuais e direitos reprodutivos e a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Revista Feminismos*, 9(1). Recuperado de <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/44330>

- Gonzaga, P.R.B. (2022). Psicologia, saúde sexual e saúde reprodutiva: Urgências para a formação profissional. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 42 (spe), e262847.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003262847>
- Gorjon, M. G. , Mezzari, D. e Basoli, L. (2019). Ensaando lugares de escuta: diálogos entre a psicologia e o conceito de lugar de fala. *Quaderns de Psicologia*, 21 (1).
<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1455>
- Jacobs, M. G., & Boing, A. C. (2022). Acesso universal e igualitário? O desafio na oferta do aborto previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde. *Saúde E Sociedade*, 31(4), e210179pt.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210179pt>
- Leal, M. do C., Gama, S. G. N. da ., & Cunha, C. B. da . (2005). Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista De Saúde Pública*, 39(1), 100–107. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>
- Lima, A. M., Lino, T. R., Borges, L. S, Natividade, C. (2019). Epistemologias feministas e ciência psicológica: Notas para uma psicologia social crítica feminista. In A. M. Lima, T. R. Lino, L. F. V. Cardoso, & M. C. Marra (Orgs.), *Psicologia social crítica: tecendo redes e articulando resistências em contextos de retrocesso* (pp. 108-136). Porto Alegre: Abrapso.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y Género. *Tabula Rasa*, (9), 73-102. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892008000200006&lng=en&tlng=
- Martín-Baró, I. (1997). O papel do Psicólogo. *Estudos De Psicologia (Natal)*, 2(1), 7–27.
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X1997000100002>
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. N-1 Edições.
- Medrado, A. C., & Lima, M. (2020). Saúde mental feminina e ciclo reprodutivo: uma revisão de literatura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(67), 70-84.
<https://dx.doi.org/10.38034/nps.v29i67.560>
- Miguel, L. F. (2012). Aborto e democracia. *Revista Estudos Feministas*, 20(3), 657–672.
<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000300004>
- Moreira, G. A. R., Vieira, L. J. E. de S., Cavalcanti, L. F., Silva, R. M. da ., & Feitoza, A. R. (2020). Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Saúde E Sociedade*, 29(1), e180895.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180895>
- Organização das Nações Unidas (ONU). (1995). Declaração e Plataforma de Ação de Pequim. Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/official.htm>
- Perez, A. C., Meza, A. P., Rossotti, B. G. P. P., & Bicalho, P. P. G. (2010). Da ética e da formação: cartografando práticas para além das normas. In CE Nórt e ALLF Macieira (Orgs.), *Formação: ética, política e subjetividades na psicologia* (pp. 178-198). Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia.
- Scott, J. (2017). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20 (2). Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>

- Silva, A. C. J., Moreira, L. E., & Gonzaga, P. R. B. (2019). Entre o risco da morte e o medo da denúncia: mulheres indicadas por abortamento a partir de denúncias de profissionais de saúde. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, 5(3), 165-189. <https://doi.org/10.9771/cgd.v5i3.30596>
- Silva, Jeremias. KJ da. (2020). Acesso aos serviços de aborto legal em casos de estupro: interseções de gênero, raça, classe e território. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Silva, V. R. da. (2022). A maré verde da descriminalização do aborto na América Latina. *Gênero e Número*. Recuperado de <https://www.generonumero.media/reportagens/aborto-america-latina/>
- Soares Oliveira, É. C. (2017). Uma “monstra perigosa”: Pistas de Carolina Maria de Jesus para a intervenção psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 22(4), 378–388. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.
- Zanghelini, D. (2020). Direito ao aborto no Brasil e (in)justiça reprodutiva: apontamentos para o Serviço Social. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

A RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE TELA DAS CRIANÇAS E AS FUNÇÕES EXECUTIVAS DE CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR

THE RELATIONSHIP BETWEEN SCREEN TIME AND EXECUTIVE FUNCTIONS IN SCHOOL-AGED CHILDREN

Rute Krüger¹, Betina Ritzel², Julia Gabrielle Klein³, Caroline de Oliveira Cardoso⁴

Resumo

Pesquisas indicam o tempo de tela diário de crianças, bem como o tipo de dispositivo acessado, podem ser considerados alguns dos principais fatores que impactam no desenvolvimento das funções executivas (FE) na infância. Neste estudo, buscou-se avaliar se há correlações entre o tempo de tela e as FE de crianças em idade escolar. A amostra foi composta por 105 indivíduos, com idades entre 6 e 11 anos. Através de análises descritivas e correlacionais, verificou-se que há correlação significativa, de intensidade fraca, entre as variáveis de tempo de tela e funcionamento executivo. A flexibilidade cognitiva foi o componente mais correlacionado ao uso de diferentes mídias digitais pelas crianças desta amostra. Sugere-se que pesquisas futuras possam avaliar o impacto das telas nas FE sob a perspectiva do tempo de tela dos pais, o conteúdo assistido e que empreguem medidas que consigam fornecer mais precisamente o tempo de tela diário das crianças.

Palavras-chave: Funções executivas, Tempo de tela, Dispositivos digitais, Avaliação neuropsicológica.

Abstract

Research indicates that children's daily screen time, as well as the type of device accessed, can be considered some of the main factors that impact the development of executive functions (EF) in childhood. This study sought to assess whether there are correlations between screen time and EF in school-age children. The sample consisted of 105 individuals, aged between 6 and 11 years. Through descriptive and correlational analyses, it was found that there is a significant correlation, of weak intensity, between the variables of screen time and executive functioning. Cognitive flexibility was the component most correlated with the use of different digital media by the children in this sample. It is suggested that future research could assess the impact of screens on EF from the perspective of parents' screen time, the content watched, and that it employs measures that can provide more precise information on children's daily screen time.

Keywords: Executive functions, Screen time, Digital devices, Neuropsychological assessment.

¹Graduada em Psicologia pela Universidade Feevale.

Contato: krugerru@hotmail.com

²Graduada em Psicologia pela Universidade Feevale.

Contato: betinaritzel@feevale.br

³Graduanda em Psicologia pela Universidade Feevale.

Contato: juliagabrielleklein@gmail.com

⁴Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora do curso de Psicologia da Universidade Feevale.

Contato: carolinecardoso@feevale.br

Editor-associado: Pedro Henrique Chaves Cardoso

Recebido em: 09/11/2024

Aceito em: 19/06/2025

Publicado em: 31/07/2025

Citar: Krüger R., Ritzel, B., Klein, J. G., & Cardoso, C. O.(2025). A relação entre o tempo de tela das crianças e as funções executivas de crianças em idade escolar. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 13(1), 54-72.

Introdução

Os dispositivos de mídia móvel tornaram-se mais comuns nas residências devido ao aumento de sua acessibilidade. Esses dispositivos abrangem telefones celulares, tablets e consoles de jogos e, frequentemente estão conectados à internet (Milford et al., 2022). Portanto, na era digital, o uso de telas tornou-se uma parte essencial da vida das crianças (Burgess, 2010). Segundo descobertas recentes, mais de 80% das crianças em idade pré-escolar passam, em média, de 2 a 3 horas diárias em frente às telas (Mcneil et al., 2019; Rideout et al., 2022), sendo a televisão e os smartphones os principais dispositivos que excedem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (Shah et al., 2019). Ou seja, observa-se uma tendência cada vez maior no aumento do tempo de uso de mídias digitais por crianças, visto que a tecnologia faz parte da vida cotidiana da nossa sociedade.

O aumento no uso desses dispositivos de tela tem despertado cada vez mais a atenção de especialistas como médicos, pesquisadores e educadores em relação ao tempo e as consequências de seu uso (Bustamante et al., 2023). Esse alerta foi, em parte, motivado por relatos de consequências negativas do tempo de tela durante a infância e a adolescência. Por exemplo, a visualização de telas tem sido associada à redução do sono na infância (Cheung et al., 2017; Ribner & Mcharg, 2019), além disso, o aumento no tempo de exposição às telas está correlacionado ao aumento do comportamento sedentário e ao risco de obesidade (Robinson et al., 2017), problemas sociais ou emocionais (Mccurdy et al., 2010), bem como funções executivas prejudicadas (Zeng et al., 2021).

Porém, além de aspectos negativos e prejuízos, a presença das telas no cotidiano das crianças possui também benefícios. Um número crescente de estudos evidenciou que determinados tipos de tempo de tela podem aumentar tanto a atividade física quanto cognitiva das crianças, trazendo benefícios significativos para a saúde e o desenvolvimento infantil (Sweetser et al., 2012). Há também pesquisas que indicam que a utilização de determinados formatos de mídias eletrônicas, principalmente aquelas com conteúdo educacional, podem favorecer o desenvolvimento das funções executivas (FE) (Griffith et al., 2019). Hu et al. (2023) afirmam que conteúdos educacionais que incluem interações sociais reduzem o impacto negativo nas FE das crianças. Ainda conforme Sweetser et al. (2012), não é adequado presumir que todas as atividades relacionadas às telas sejam negativas ou prejudiciais.

Contudo, a questão do tempo de tela não é unidimensional, sendo fundamental reconhecer que os efeitos dependem em grande parte do tipo de uso que se faz das telas. Conforme Nobre et al. (2021) é importante considerar fatores como delimitação do tempo de uso, a qualidade e a interatividade do conteúdo e a finalidade – diversão ou aprendizado, além do papel vital do adulto na mediação da experiência digital das crianças.

Essa mediação é especialmente importante quando consideramos as FE, que se referem a um conjunto de processos cognitivos complexos e com objetivos específicos, os quais são necessários para a execução de tarefas ou situações novas no cotidiano. Em resumo, essas habilidades desempenham um importante papel no controle do comportamento e são fundamentais para o funcionamento adaptativo do dia a dia (Dias & Seabra, 2013). Apesar de divergências na literatura quanto à quantidade e conteúdo das FE, um considerável número de autores concorda que existem três componentes principais: controle inibitório, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva (Diamond, 2013; Finegood & Blair, 2017; Miyake et al., 2000).

Diamond (2013) define o controle inibitório como a capacidade do indivíduo de exercer o controle de seus processos cognitivos, emocionais e comportamentais, a fim de realizar o que é mais apropriado e necessário em determinadas situações. Ou seja, o controle inibitório permite adaptar e selecionar nossas respostas e ações de maneira consciente ao ponderar e pensar antes de emitir uma resposta (Dias & Seabra, 2013). A memória de trabalho refere-se ao armazenamento da informação em mente por tempo limitado e a capacidade de mentalmente manipular essas informações de forma temporária, seja atualizando dados necessários para uma atividade ou utilizando-os na execução de uma tarefa (Baddeley, 2000; Dias & Seabra, 2013). Um exemplo de uso da memória de trabalho seria armazenar um número de telefone para posteriormente usá-lo ao realizar uma ligação (Malloy-Diniz, 2008). Lezak et al. (2012) definem a flexibilidade cognitiva como a habilidade de alternar entre diferentes pensamentos ou ações de acordo com as mudanças no ambiente ou no contexto. Conforme a definição de Diamond (2013), essa função envolve ser capaz de mudar de perspectiva espacialmente (olhar sob outra direção) ou interpessoalmente (do ponto de vista do outro). Capovilla et al. (2007) acrescentam que é uma habilidade crucial quando o plano inicial não se realiza devido a imprevistos. As FE são habilidades fundamentais que contribuem para a saúde mental e física, o êxito tanto no âmbito escolar quanto na vida cotidiana, além de promover o desenvolvimento cognitivo, social e psicológico (Diamond, 2013). Muitos estudos ressaltam a importância das FE para o desempenho acadêmico e aprendizagem (Blair & Diamond, 2008; Von Suchodoletz et al., 2013), bem como para a saúde mental (Barnett et al., 2008; Diamond & Lee, 2011) e sucesso ao longo da vida (Diamond & Lee, 2011; Moffitt et al., 2011).

Dado a importância que as FE possuem na vida das crianças, é fundamental compreender e analisar a influência da mídia nessas funções. Barr et al. (2010) em sua pesquisa, encontraram associações entre a elevada exposição à televisão e o funcionamento executivo. Da mesma forma, estudos verificaram que o uso excessivo de dispositivos eletrônicos está correlacionado com um aumento nas taxas de comprometimento das funções cognitivas e executivas em crianças (Lillard & Peterson, 2011; Nathanson et al., 2014; Vohr et al., 2021).

Um extenso estudo realizado no Canadá constatou que crianças que passavam mais de 2 horas por dia em frente às telas apresentavam uma probabilidade 5 vezes maior de desenvolver problemas de externalização clinicamente relevantes, em comparação com aquelas que dedicavam menos de 30 minutos diários a essa atividade. Além disso, a pesquisa revelou que havia uma probabilidade 5,9 vezes maior de essas crianças relatarem problemas de desatenção clinicamente significativos (Tamana et al., 2019).

Martins et al. (2020) com o propósito de examinar as evidências da relação entre o uso de mídias eletrônicas e déficits nas FE, conduziram uma análise da relação entre o tempo de exposição às telas e as FE em um grupo de 42 crianças pré-escolares brasileiras. Os resultados indicaram que crianças que tinham menor tempo de exposição às telas exibiam um desempenho superior em suas FE.

Lopes (2020) em seu estudo para verificar se havia associação entre o tempo de uso de diferentes mídias eletrônicas e o desempenho nas FE, identificou correlações positivas fracas entre piores níveis de FE e o tempo dedicado a atividades como jogar videogames em computadores, celulares, Xbox, PlayStation, bem como assistir vídeos no YouTube e afins. Essas correlações indicaram que quanto mais tempo as crianças gastavam nessas mídias, pior era o desempenho em memória de trabalho, controle inibitório, flexibilidade cognitiva e aversão ao adiamento e regulação.

Porém, há controvérsias na literatura. Ataíde e Cavalcanti (2023) não encontraram evidências que sustentassem a hipótese de que a exposição precoce a mídias eletrônicas afetasse de maneira significativa as FE das crianças. Nesse mesmo sentido, Jusiene et al. (2020) em sua pesquisa acerca das consequências socioculturais e neurobiológicas da erotização de crianças através das mídias eletrônicas no desenvolvimento humano, não encontraram correlações significativas entre o uso de diversos dispositivos de mídia baseados em tela e as medidas de funcionamento executivo. Bustamante et al. (2023) analisaram o tempo total de exposição à tela e a relação com as FE em bebês de 0 a 6 anos de idade. Os resultados indicaram a ausência de associação estaticamente significativa entre a quantidade de tempo dedicado ao uso de mídia de tela e o funcionamento executivo.

Assim, em decorrência da falta de consenso entre os estudos e visando compreender mais que discorrem sobre a temática da relação das FE e tempo de uso de telas de crianças, esse estudo teve como objetivo avaliar se há correlação das telas e dispositivos eletrônicos nas FE de crianças em idade escolar. De forma mais específica, buscou analisar a relação entre tempo de uso de TV, tempo de uso de smartphones, tempo de uso de videogame e FE, separadamente. Essa abordagem segmentada permite uma avaliação mais precisa e específica dos impactos de cada tipo de dispositivo, dado que cada um pode influenciar de maneira distinta as habilidades cognitivas das crianças.

Método

Delineamento do estudo

Este estudo foi desenvolvido a partir de uma abordagem quantitativa, método transversal, correlacional, no qual a observação das variáveis ocorreu em apenas um momento. O estudo de corte transversal permite a observação direta dos fenômenos a serem pesquisados e permite que a coleta de informações seja realizada em curto período de tempo (Kramer, 1988).

Participantes

Participaram desse estudo $n=105$ crianças do Ensino Fundamental I de escolas públicas, entre 1º e 5º ano de ambos os sexos. As escolas foram escolhidas por conveniência, a partir da adesão de diretores ou secretarias de educação. As escolas estavam localizadas na mesma região do estado do Rio Grande do Sul, na região do Vale dos Sinos.

Os critérios de inclusão foram: crianças brasileiras matriculadas no Ensino Fundamental I de escolas públicas, autorizadas dos responsáveis para participação da pesquisa e que assinaram o TCLE. Os critérios de exclusão foram: rebaixamento intelectual (percentil 05 ou inferior no teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (1938), deficiências sensoriais não corrigidas, condições médicas de ordem genética, psiquiátrica ou neurológica (identificados através do questionário respondido pelos responsáveis e relato dos professores). Na Tabela 1, é possível verificar a caracterização da amostra.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Especificações	M (dp)
Idade da criança (anos)		8,64 (0,48)
Sexo da criança (%)	Feminino	53,3%
	Masculino	46,7%
Idade do responsável (anos)		38,65 (6,12)
Renda familiar (\$)		R\$ 4.891,8

Como apresentado na Tabela 1, a amostra foi composta por crianças com idades entre 6 e 11 anos ($M=8,64$), sendo a maioria do sexo feminino (53,3%). A maioria das crianças estavam cursando o 3º ano (28,6%) e 4º ano (36,2%) do Ensino Fundamental. Os responsáveis apresentaram idades entre 25 e 54 anos ($M=38,65$) e a maioria apresentou ensino médio completo (45,6%). Quanto a renda familiar, a classe predominante foi a C, com renda familiar de R\$ 4.891,80 conforme Critérios da Classificação Econômica Brasil Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2014).

Instrumentos

A seguir apresentamos os instrumentos que avaliam as variáveis deste estudo.

Questionários respondidos pelos pais e responsáveis:

- a) **Questionário de dados sociodemográficos e de saúde:** este questionário é utilizado para investigar questões com relação a saúde e ao histórico do desenvolvimento da criança participante. Engloba perguntas sobre escolaridade dos responsáveis e frequência de uso de telas pelas crianças – tempo diário e com qual dispositivo. Em relação a frequência do uso e o dispositivo, foi questionado por quanto tempo por dia a criança utiliza aparelhos eletrônicos (TV, smartphone e videogame). Além disso, neste questionário estão incluídas questões referentes ao nível socioeconômico e estratificação dos participantes (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2014);
- b) **Inventário de Funções Executivas e Regulação Infantil – versão para pais e professores (IFERI):** este inventário é respondido pelos pais ou professores, que devem indicar se o comportamento ocorre "nunca", "raramente", "às vezes", "frequentemente" ou "sempre", estes recebem uma pontuação de 1 a 5. Possui 28 itens os quais 5 itens avaliam a capacidade de memória de trabalho, 6 itens para avaliar o controle inibitório, 5 avaliam a flexibilidade cognitiva, 5 deles aversão à demora e 7 itens para avaliação da regulação infantil. Desta forma é possível avaliar o funcionamento da criança em seu cotidiano (Trevisan, 2014).

Avaliação do funcionamento intelectual aplicado nas crianças:

- a) **Matrizes Progressivas Coloridas de Raven:** este teste é constituído por 36 itens distribuídos em três séries (A, Ab e B) de 12 itens, ordenadas por dificuldade crescente, de forma a medir a inteligência não-verbal associada à avaliação da inteligência fluída. A avaliação do participante se dá de acordo com o escore fornecido pela soma dos itens por ele respondidos, podendo ser ranqueado em “intelectualmente superior”, “definidamente acima da média na capacidade intelectual”, “intelectualmente médio”, “definidamente abaixo da média na capacidade intelectual” e “intelectualmente deficiente”. Crianças com percentil 05 ou inferior serão excluídas da coleta (Raven, 1938);
- b) **Teste dos Cinco Dígitos (FDT):** é um instrumento utilizado para avaliar o efeito da interferência atencional, utilizando-se de informações concomitantes sobre números e quantidades. Desenvolvido com a intenção de avaliar a velocidade de processamento e as funções executivas (controle inibitório e flexibilidade cognitiva). É um teste de funções cognitivas que se baseia na leitura dos dígitos de um a cinco, na contagem de quantidades de um a cinco e na capacidade de ignorar uma rotina de processamento automático (leitura) para uma controlada (contagem) em estímulos incongruentes. Assim, o FDT possui quatro etapas: leitura, contagem, escolha e alternância. As duas primeiras são medidas de atenção automática e velocidade de processamento e, as duas últimas, de atenção controlada e de atenção executiva. As variáveis que foram consideradas com esse teste foram a de tempo e a de erro, isso em cada uma das quatro etapas citadas acima (Sedó et al., , 2015);

- c) **Teste Hayling Infantil:** as principais funções avaliadas por esse teste são a velocidade de iniciação e o processo de inibição. O teste consiste de duas partes (A e B), cada uma composta de 10 frases nas quais está omitida a última palavra. As variáveis mensuradas nesse teste são o tempo de latência até a produção da resposta (palavra a ser dita pelo participante), que inicia no instante em que o examinador termina de ler a frase e termina no momento em que o participante começa a dar sua resposta, o número de acertos e o número de erros (Burgess & Shallice, 1996 adaptado por Siqueira et al., 2016);
- d) **Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Infantil Breve – NEUPSILIN-Inf:** o instrumento avalia o componente de memória de trabalho auditiva. O participante é solicitado a escutar uma sequência de números e repetir a sequência de traz para frente, na sequência contrária. A quantidade de dígitos em cada item aumenta progressivamente, tornando a tarefa mais difícil. Utilizou-se o critério de interrupção da aplicação do teste após 3 erros consecutivos. A pontuação final é a soma de acertos na tarefa (Salles et al., 2016);
- e) **Fluência Verbal Livre:** essa tarefa envolve diversos componentes executivos, como, inibição, monitoramento, flexibilidade, planejamento, iniciação e velocidade de processamento, além da memória léxico-semântica e as habilidades linguísticas. A criança deve evocar o máximo de palavras em dois minutos e meio, a única restrição são os nomes próprios e números. A tarefa é subdividida em blocos de 30 segundos. Realizam-se análises quantitativas (acertos e erros) e qualitativas (tipos de erros, estratégias de evocação das palavras) (Jacobsen et al., 2016).

Procedimentos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 63658122.1.1001.5336) e priorizou seguir as condições estabelecidas na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), uma vez que preconiza diretrizes e normas que regulam as pesquisas com seres humanos, considerando o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Foi realizado um contato prévio com as escolas para a apresentação da proposta deste estudo e para obter a autorização para a realização da pesquisa, nesse momento foi explicado o objetivo de forma clara e sanada todas as dúvidas. A todos os participantes foram esclarecidos os objetivos, justificativas, e a relevância da pesquisa, bem como, os aspectos éticos e seus direitos enquanto participantes, podendo ele desistir de participar a qualquer momento, sem sofrer nenhum dano ou prejuízo. Os participantes terão acesso a todas as informações sobre a realização da pesquisa, as etapas e procedimentos, questões referentes a sigilo e a preservação da identidade e uso dos dados obtidos.

As avaliações com as crianças foram realizadas no contexto escolar, mediante prévia autorização da escola e de seus responsáveis através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as crianças, cujos responsáveis autorizaram sua participação, assinaram o Termo de Assentimento.

A coleta de dados foi realizada da seguinte maneira: o questionário sociodemográfico e de saúde foi preenchido pelos responsáveis para obter dados pessoais dos participantes, esses questionários foram respondidos na modalidade online, através da plataforma Qualtrics.

Todos os demais instrumentos foram aplicados individualmente, em um ambiente adequado, sem muitos estímulos visuais e sonoros, durante o horário escolar, com uma sessão de aproximadamente 40 minutos.

Análise de dados

Os instrumentos foram levantados e os dados armazenados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0. Foram realizadas análises descritivas e correlacionais. As análises descritivas foram de tendência central (média, mediana) e dispersão (desvio padrão). As análises correlacionais foram realizadas utilizando o teste Spearman, escolhido devido à ausência de uma distribuição normal dos dados. Estas análises foram conduzidas com um nível de significância de $p < 0.05$. Foram consideradas fracas as correlações entre 0 e 0,39, moderadas entre 0,40 e 0,69 e fortes entre 0,70 e 1,00 (Dancey & Reidy, 2006).

Resultados

Na Tabela 2, é apresentado o tempo médio que as crianças dessa amostra permanecem nos dispositivos durante o dia.

Tabela 2

Tempo de uso diário (em minutos) dos dispositivos

Dispositivo	Média (DP)	Mínimo	Máximo
Televisão	115,05 (83,62)	30	360
Videogame	88,38 (80,23)	20	360
Smartphones	44,67(78,34)	10	120

Como apresentado na Tabela 2, a média de tempo de uso diário da televisão foi de 115,05 minutos, o uso de videogame foi de 88,38 minutos e o smartphone 44,67 minutos diários. Verificou-se que 15% da amostra ficam mais do que 2h por dia assistindo à televisão, 9,52% ficam mais do que 2h no videogame e 3,08% ficam mais do que 2h no smartphone.

Na Tabela 3, é possível verificar a análise de correlação entre as tarefas de funções executivas da criança e o tempo de uso de telas das crianças em idade escolar.

Tabela 3

Correlação entre as tarefas de funções executivas e o tempo de uso de telas

Instrumentos de avaliação das FE	Tempo Videogame	Tempo TV	Tempo Redes Sociais
1. FVL Total	-0,002	0,096	-0,095
2. HAYLING – tempo parte A	-0,043	-0,045	0,059
3. HAYLING – erros parte A	0,056	0,042	0,102
4. HAYLING – tempo parte B	0,163*	-0,047	-0,089
5. HAYLING – erros parte B	0,164	0,306*	0,079
6. HAYLING – CAT erros parte B	0,139	0,058	0,114
7. FDT – tempo leitura	0,006	-0,043	-0,043
8. FDT – erros leitura	0,015	-0,006	-0,055
9. FDT – tempo contagem	-0,008	-0,063	-0,033
10. FDT – erros contagem	0,065	0,075	0,014
11. FDT – tempo escolha	-0,075	-0,139	-0,107
12. FDT – erros escolha	-0,067	0,015	0,021
13. FDT – tempo alternância	-0,147	-0,162	-0,111
14. FDT – erros alternância	-0,104	-0,054	0,092
15. FDT – inibição	-0,13	-0,177	-0,109
16. FDT – flexibilidade	0,278*	0,194*	-0,164
17. DÍGITOS – total ordem direta	0,081	0,157	0,246
18. DÍGITOS – ordem direta maior sequência lembrada	-0,084	0,267	0,367
19. DÍGITOS – total ordem indireta	-0,063	0,23	0,297
20. DÍGITOS – ordem indireta maior sequência lembrada	-0,277	0,204	0,193
21. DÍGITOS – soma total direta + indireta	0,062	0,187	0,409
22. NEUPSILIN-INF – memória de trabalho rep	0,116	0,054	-0,062
23. NEUPSILIN-INF – memória de trabalho span	0,098	0,14	-0,057

24. IFERI – flexibilidade cognitiva	0,037	-0,382*	0,042
25. IFERI – controle inibitório	-0,024	-0,378*	-0,111
26. IFERI – memória de trabalho	-0,013	-0,121	-0,015
27. IFERI – aversão à demora	-0,003	-0,017	-0,044
28. IFERI – regulação emocional	0,051	-0,331*	0,016
29. IFERI – total	0,002	-0,068	-0,03

Nota. * =significante ao nível de 0,05; FVL = Fluência Verbal Livre; FDT = Teste Dos 5 Dígitos; IFERI = Inventário de Funções Executivas e Regulação Infantil.

Por meio das análises, verificou-se uma correlação positiva e significativa, de intensidade fraca, entre o tempo de tela de videogame e o controle inibitório (tempo parte B do Hayling). Também houve correlação significativa positiva, de intensidade fraca, entre o tempo de tela de televisão e controle inibitório (erros parte B do Hayling). Observa-se também, correlação positiva e fraca com o tempo de televisão e videogame e a flexibilidade cognitiva (FDT – Teste dos Cinco Dígitos). Ou seja, quanto mais tempo a criança passar assistindo TV e jogando videogame, pior é seu desempenho em flexibilidade cognitiva.

Considerando a escala respondida pelos pais (IFERI), verificou-se que tempo total de tela de televisão correlacionou-se de forma significativa, de intensidade fraca, com o componente de flexibilidade cognitiva, controle inibitório e regulação emocional, apontando que quanto maior o tempo em frente a esse dispositivo, maior é a dificuldade da criança nesses componentes executivos. Não houve correlações com a memória de trabalho, ou seja, essa variável não demonstrou correlação significativa.

Discussão

O objetivo do presente estudo foi examinar se há relação entre as FE e o tempo de tela de crianças em idade escolar. De forma mais específica, foram analisados os dispositivos de televisão, smartphone e videogame e suas correlações com as FE. Os resultados iniciais evidenciaram correlações significativas, de intensidade fraca, entre os componentes executivos e o tempo de tela das crianças. As variáveis do funcionamento executivo que apresentaram correlação com o tempo de tela foram a de flexibilidade cognitiva, controle inibitório e regulação emocional. Tais achados permitem importantes discussões para a área, conforme será discutido a seguir.

Nesse estudo, observou-se que as crianças dedicam significativamente mais tempo à televisão e ao videogame em comparação ao uso de smartphones, o que pode justificar alguns achados. Essa diferença no tempo de exposição é importante para entender as variações nas correlações

encontradas entre o uso de diferentes dispositivos e as funções executivas (FE). Diferente da TV e videogame, não foram encontradas correlações entre FE e smartphones nessa amostra. O menor tempo de uso do smartphone sugere que as interações com este dispositivo podem ser mais episódicas. Isso pode explicar a ausência de correlações significativas com as FE, já que o tempo mais curto e fragmentado de engajamento pode não ser suficiente para impactar nas funções executivas.

Esse achado corrobora com as demais pesquisas, as quais indicam maior tempo de uso de televisão, seguido por smartphones e tablets e por último computador (Merdin, 2017; Neumann, 2015). Também, outra hipótese é que maiores índices relacionados ao uso da televisão e FE se deem pois a TV é um dispositivo mais popular e de preço mais acessível. Segundo Nobre et al. (2021), quanto mais elevado o nível econômico, maior a possibilidade de aquisição de diferentes mídias, e consequentemente, maior tempo de tela em diferentes dispositivos.

A associação entre o tempo de tela de crianças com FE mais fracas foi relatada anteriormente. Três exemplos são: Vohr et al. (2021), em uma amostra com 414 crianças, verificaram que 238 delas passavam mais de 2h por dia com tempo de uso de tela, e revelaram uma associação entre altos níveis de exposição às telas com o aumento nas taxas de baixas funções cognitivas e executivas; Nathanson et al. (2014), em um estudo com 107 crianças pré-escolares descobriram que as crianças que passaram um número maior de tempo assistindo à televisão tinham FE mais fracas do que as crianças que assistiram uma porcentagem menor de tempo. Esses autores também afirmam que assistir à televisão não favorece o desenvolvimento de habilidades como atenção, flexibilidade cognitiva e memória de trabalho; Hu et al. (2023) encontraram resultados semelhantes, constatando que havia uma correlação significativa entre a experiência de mídias envolvendo telas e as FE mais baixas das crianças e descobriram que controlar o tempo de tela previu o índice de controle inibitório e o de flexibilidade cognitiva.

Já Milford et al. (2022) também encontrou associação positiva significativa entre o uso de mídias móveis (console de jogo portátil, smartphone e tablet/ipad) e fatores de funcionamento executivo de crianças em idade escolar (4-17 anos). Porém, esses autores encontraram associações do uso de mídias móveis com o controle inibitório e emocional, e em meu estudo estas associações se dão com o uso da televisão e não com o smartphone. Outra variável abordada no estudo citado foi a idade das crianças, sendo que as crianças mais velhas tinham níveis relatados pelos pais mais altos de necessidade de ser informada para iniciar uma tarefa, dificuldade para iniciar as tarefas por conta própria e dificuldade em demonstrar iniciativa.

Considerando a idade média, renda familiar, tamanho da amostra e país onde foi realizada a pesquisa, um estudo anterior obteve resultados semelhantes aos meus no que diz respeito a correlações significativas fracas entre o tempo de uso de algumas mídias eletrônicas e as

habilidades/déficits nas FE. Lopes (2020) em uma pesquisa nacional, com 311 responsáveis por crianças de 7 a 11 anos, na qual a idade média de sua pesquisa foi de 9,01 para ambos os sexos e 69% das famílias da amostra se enquadravam na classe C, encontrou correlações positivas e significativas entre o tempo dedicado a jogos e todos os constructos avaliados no IFERI, identificando que quanto maior o tempo gasto em jogos, maiores os déficits no funcionamento executivo, já em minha amostra o uso do videogame não apresentou nenhuma correlação com o IFERI.

Talvez o que explique essa diferença seja o tipo de jogo praticado (educacional ou não) e o tempo gasto com esse dispositivo (mais ou menos do que duas horas). A autora, também não encontrou correlação do tempo utilizado com redes sociais e o desempenho no funcionamento executivo, correlações estas também não encontradas neste atual estudo. Outro ponto importante, é que no estudo citado não foram encontradas correlações entre o tempo de televisão e FE, algo que não era esperado pela autora. Já em minha pesquisa a televisão foi o item que mais apresentou correlações com os componentes do funcionamento executivo, sendo este um ponto de divergência. Também, deve considerar se o tempo de tela da criança é um comportamento ativo ou passivo, visto que o tempo passivo de tela (como assistir televisão) tende a estar associado negativamente ao funcionamento executivo das crianças, enquanto o tempo ativo de tela (como jogar videogame) geralmente está associado positivamente às FE (Bustamante et al., 2023).

Esta hipótese é apoiada pela literatura. Por exemplo, Fiorini (2010) em um estudo envolvendo mais de 5.000 crianças, analisou a relação entre a visualização de televisão (tempo de tela passivo) e o uso de computador em casa (tempo de tela ativo) em relação às habilidades cognitivas. O estudo concluiu que o tempo de tela ativa, em vez de passivo, teve um impacto positivo no desenvolvimento cognitivo das crianças e que esse efeito persistiu mesmo após 2 anos do teste inicial.

Da mesma forma, Anderson e Subrahmanyam (2017) ao examinarem o impacto dos dispositivos de tela digital, incluindo a televisão, no desenvolvimento cognitivo, descobriram que para as crianças em idade pré-escolar ver televisão tem resultados positivos e negativos, e o seu impacto pode depender da idade da criança, do tipo de programação assistida e de outros fatores contextuais. Portanto, atividades ativas envolvendo telas podem ser consideradas como um possível meio de treinamento para aprimorar as funções executivas (Bustamante et al., 2023). Como no atual estudo não foi analisado o tipo de conteúdo visualizado na televisão, talvez isso explique as diferenças encontradas com relação as FE e esse dispositivo.

Ou seja, os resultados desse estudo vão de encontro aos achados na literatura, principalmente no que se refere ao tempo de televisão. A maioria dos estudos citados destacou a correlação entre o tempo de televisão e pior desempenho em flexibilidade cognitiva, controle inibitório e memória de trabalho, embora nesse estudo não houvesse nenhuma correlação com a memória de trabalho. Esses

resultados com o uso da televisão possivelmente se dão porque a televisão oferece um fluxo contínuo de entretenimento, geralmente acelerado, que proporciona recompensas rápidas e é percebido como "fácil" de processar.

Assistir à televisão não permite que os telespectadores, especialmente os mais jovens, tenham muita liberdade para extrair o significado do conteúdo ou refletir sobre personagens e situações de uma forma diferente do que é apresentado na tela. Além disso, a televisão, assim como um adulto que direciona a atenção, exige que as crianças constantemente foquem, percam e recuperem a atenção em estímulos que podem ser importantes para o programa, mas que não possuem interesse intrínseco para elas (Nathanson et al., 2014).

Referente ao uso de smartphones, a maioria das pesquisas descreveu correlações entre maior tempo de uso e pior desempenho nas FE. Neste estudo uma explicação para menores correlações e tempo de uso, seria a idade das crianças, visto que crianças mais velhas tendem a usar smartphones, tablets ou qualquer outra mídia com mais frequência do que crianças mais novas (Paudel et al., 2017). Também, evidencia-se poucos resultados nos estudos explorados envolvendo o tópico videogame, focando estes mais em tópicos referentes à televisão, smartphone e mídias móveis. E, os estudos que abordaram em sua pesquisa a relação das FE com o videogame encontraram resultados divergentes, em alguns houve achados positivos de seu uso e o funcionamento executivo, e em outros os resultados foram negativos.

Portanto, uma das implicações práticas desse estudo é a emergência desse tema na atualidade. Além do fato de que investigar o impacto do uso de eletrônicos nas FE pode fornecer insights valiosos sobre essas relações, auxiliando no desenvolvimento de estratégias preventivas. Desta forma, esse estudo fornece dados importantes para orientar pais, educadores e profissionais de saúde sobre como gerenciar de maneira saudável e equilibrada o tempo de tela das crianças, visto que a intenção não é condenar a tecnologia ou tentar excluí-la da vida das crianças, mas sim ressaltar a importância de seu uso moderado e com conteúdo apropriado para cada faixa etária. Essas informações podem ajudar a orientar práticas parentais e estratégias educacionais que promovam o desenvolvimento saudável das funções executivas, pois muitos adultos falham em orientar seus filhos devido à falta de informação sobre o assunto.

Quanto as limitações, algumas devem ser consideradas ao interpretar os resultados deste estudo. Primeiro, a amostra deste estudo é pequena, portanto, os resultados do estudo não podem ser generalizados para todas as crianças do Brasil. Assim, novas pesquisas podem fornecer dados mais abrangentes. Além disso, a forma que foi avaliado o tempo de uso foi através do relato dos pais, ou seja, não foi preciso mensurar se de fato o tempo de uso foi aquele descrito pelos mesmos. Também,

não foi avaliado o conteúdo assistido ou acessado, visto que é um tópico moderador crítico dos efeitos da mídia.

Para os próximos estudos, sugere-se avaliar além do tempo de tela das crianças, mensurar o tempo de uso dos pais, uma vez que outros estudos como os de Lauricella e Cingel (2020) e Akçay e Özcebe (2012) demonstraram uma correlação positiva entre o tempo de tela das crianças e dos pais. Outro ponto seria avaliar a idade de início à exposição, pois pode haver associação entre a exposição às telas e transtornos do desenvolvimento conforme a idade de início à exposição às telas (Nobre et al., 2021; Zhao et al., 2022). Também, seria interessante classificar o tempo de cada dispositivo consumido com as diferentes idades das crianças e o sexo (masculino/feminino), visto que em alguns componentes os meninos em geral vão melhor do que as meninas e vice-versa. E por fim, verificar o tipo de conteúdo consumido pelas crianças.

Referências

- Akçay, D., & Özcebe, H. (2012). Televizyonun okul öncesi dönemdeki çocukların saldırganlık davranışına etkisi [Impact of television on preschool children's aggressive behaviors. *Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi*, 55(2), 82-7.
- Anderson, D. R., & Subrahmanyam, K. (2017). Digital screen media and cognitive development. *Academic Pediatrics*, 140(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758C>
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2014). Critério Brasil. <http://www.abep.org/criterio-brasil>
- Ataíde, G. A., & Cavalcanti, T. C. M. T. U. (2023). A influência da mídia no comportamento infantil: os riscos sociais e psicológicos. [Monografia, Psicologia]. Centro Universitário de João Pessoa.
- Baddeley, A. (2000). The episodic buffer: a new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4(11), 417-23. [https://doi.org/10.1016/s1364-6613\(00\)01538-2](https://doi.org/10.1016/s1364-6613(00)01538-2)
- Barnett, W. S., Jung, K., Yarosz, D. J., Thomas, J., Hornbeck, A., Stechuk, R., & Burns, S. (2008). Educational effects of the tools of the mind curriculum: a randomized trial. *Early Childhood Research Quarterly*, 23(3), 299-313. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2008.03.001>
- Barr, R., Lauricella, A. R., Zack, E., & Calvert, S. L. (2010). Infant and early childhood exposure to adult-directed and child-directed television programming: relations with cognitive skills at age four. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56(1), 21-48. <https://doi.org/10.1353/mpq.0.0038>
- Blair, C., & Diamond, A. (2008). Biological processes in prevention and intervention: the promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and Psychopathology*, 20(3), 899-911. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000436>
- Burgess, P. W. (2010). Assessment of executive function. In J. Gurd, U. Kischka, & J. Marshall, *The handbook of clinical neuropsychology* (pp. 302-321). Oxford University.

- Bustamante, J. C., Fernández-Castilla, B., & Alcaraz-Iborra, M. (2023). Relation between executive functions and screen time exposure in under 6 year-olds: a meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 145. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2023.107739>
- Capovilla, A. G. S., Assef, E. C. S., & Cozza, H. F. P. (2007). Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. *Revista Avaliação Psicológica*, 6(1), 51-60.
- Cheung, C. H. M., Bedford, R., Urabain, R. S. U., & Smith, A. K. (2017). Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. *Scientific Reports*, 7(4). <https://doi.org/10.1038/srep46104>
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia* (6ª ed.). Artmed.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-68. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Diamond, A., & Lee, K. (2011). Interventions shown to aid executive function development in children 4 to 12 years old. *Science*, 333(6045), 959-64. <https://doi.org/10.1126/science.1204529>
- Dias, N. M., & Seabra, A. G. (2013). Funções executivas: desenvolvimento e intervenção. *Temas sobre Desenvolvimento*, 19(107), 206-12.
- Finegood, E. D., & Blair, C. (2017). Poverty, parent stress, and emerging executive functions in young children. In K. Deater-Deckard, & R. Panneton (Eds.), *Parental stress and early child development: adaptive and maladaptive outcomes* (pp. 181-207). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-55376-4_8
- Fiorini, M. (2010). The effect of home computer use on children's cognitive and non-cognitive skills. *Economics of Education Review*, 29(1), 55-72. <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2009.06.006>
- Griffith, S. F., Hanson, K., Rolon-Arroyo, B., & Arnold, D. H. (2019). Promoting early achievement in low-income preschoolers in the United States with educational apps. *Journal of Children and Media*, 13(3), 328-44. <https://doi.org/10.1080/17482798.2019.1613246>
- Hu, Y., Wang, H., Xing, B., & Hania, A. (2023). Screen time and children: the relationship between preschool children's household screen media experience and executive functioning. *Open Journal of Social Sciences*, 11, 470-85. <https://doi.org/10.4236/jss.2023.116031>
- Jacobsen, G., Prando, M. L., Pureza, J., Gonçalves, H. A., Siqueira, L., Moraes, A. L., & Fonseca, R. P. (2016). Tarefas de fluência verbal livre, fonêmica e semântica para crianças. In R. P. Fonseca, M. L. Prando, & N. Zimmermann (Orgs.), *Avaliação de linguagem e funções executivas em crianças* (pp. 26-45). Memnon.
- Jusiene, R., Rakickienė, L., Breidokiene, R., & Laurinaitytė, I. (2020). Executive function and screen-base media use in preschool children. *Infant and Child Development*, 29(1). <https://doi.org/10.1002/icd.2173>
- Kramer, M. S. (1988). *Clinical epidemiology and biostatistics*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-61372-2>

- Lauricella, A. R., & Cingel, D. P. (2020). Parental influence on youth media use. *Journal of Child and Family Studies*, 29(7), 1927-37. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01724-2>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). Oxford University Press.
- Lillard, A. S., & Peterson, J. (2011). The immediate impact of different types of television on young children's executive function. *Academic Pediatrics*, 128(4), 644-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1919>
- Lopes, A. C. (2020). Associação entre o tempo de uso de mídias eletrônicas e funções executivas: um estudo com crianças de 7 a 11 anos durante a pandemia da COVID-19. [Dissertação de Mestrado, Psicologia]. Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Malloy-Diniz, L. F., Paula, J. J., Sedo, M. A., & Fuentes, D. (2008). Neuropsicología das funções ejecutivas. In D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. Camargo, & R. M. Cosenza, (Eds.), *Neuropsicologia: teoria e prática* (pp. 187-206). Artmed.
- Martins, C. M. L., Bandeira, P. F. R., Lemos, N. B. A. G., Bezerra, T. A., Clark, C. C. T., Mota, J., & Duncan, M. J. (2020). A network perspective on the relationship between screen time, executive function, and fundamental motor skills among preschoolers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238861>
- Mccurdy, L. E., Winterbottom, K. E., Mehta, S., & Roberts, J. R. (2010). Using nature and outdoor activity to improve children's health. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 40(5), 102-17. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2010.02.003>
- Mcneill, J., Howard, S. J., Vella, S. A., & Cliff, D. P. (2019). Longitudinal associations of electronic application use and media program viewing with cognitive and psychosocial development in preschoolers. *Academic Pediatrics*, 19(5), 520-8. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.02.010>
- Merdin, E. (2017). Young children's electronic media use and parental mediation. [Master's thesis]. Middle East Technical University, Ankara, Turkey.
- Milford, S. C., Vernon, L., Scott, J., & Johnson, N. F. (2022). An initial investigation into parental perceptions surrounding the impact of mobile media use on child behavior and executive functioning. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 4, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2022/1691382>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wagner, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: a latente variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H. L., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W., Ross, S., Sears, M. R., Thomson, M., & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(7), 2693-8. <https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108>

- Nathanson, A. I., Aladé, F., Sharp, M. L., Rasmussen, E. E., & Christy, K. (2014). The relation between television exposure and executive function among preschoolers. *Developmental Psychology*, 50(5), 1497-506. <https://doi.org/10.1037/a0035714>
- Neumann, M. M. (2015). Young children and screen time: Creating a mindful approach to digital technology. *Australian Educational Computing*, 30(2).
- Nobre, J. N. P., Santos, J. N., Santos, L. R., Guedes, S. C., Pereira, L., Costa J. M., & Morais, R. L. S. (2021). Fatores determinantes no tempo de tela de crianças na primeira infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 36(3), 1127-35. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.00602019>
- Paudel, S., Jancey, J., Subedi, N., & Leavy, J. (2017). Correlates of mobile screen media use among children aged 0-8: a systematic review. *Systematic Reviews*, 5(91). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014585>
- Raven, J. C. (1938). Progressive matrices: a perceptual test of intelligence. H. K. Lewis.
- Ribner, A., & Mcharg, G. (2019). Why won't she sleep? Screen exposure and sleep patterns in young infants. *Infant Behavior and Development*, 57, 132-43. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101334>
- Rideout, V., Peebles, A., Mann, S., & Robb, M. B. (2022). Common sense census: media use by tweens and teens. *Common Sense*.
- Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming, M. F., Calvert, S. L., & Wartella, E. (2017). Screen media exposure and obesity in children and adolescents. *Academic Pediatrics*, 140(2), 97-101. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758K>
- Salles, J. F., Fonseca, R. P., Parente, M. A. M. P., Rodrigues, C. C., Mello, C. B., Barbosa, T., & Miranda, M. C. (2016). Instrumento de avaliação neuropsicológica breve infantil (1ª ed). Vetor.
- Sedó, M., Paula, J. J., & Malloy-Diniz, L. F. (2015). O teste dos cinco dígitos. Hogrefe.
- Shah, R. R., Fahey, N. M., Soni, A. V., Phatak, A. G., & Nimbalkar, S. M. (2019). Screen time usage among preschoolers aged 2-6 in rural western India: a cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(6), 1999-2002. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_206_19
- Sweetser, P., Johnson, D., Ozdowska, A., & Wyeth, P. (2012). Active versus passive screen time for young children. *Australasian Journal of Early Childhood*, 37(4), 94-8. <https://doi.org/10.1177/183693911203700413>
- Tamana, S. K., Ezeugwu, V., Chikuma, J., Lefebvre, D. L., Azad, M. B., Moraes, T. J., Subbarao, P., Becker, A. B., Turvey, S. E., Sears, M. R., Dick, B. D., Carson, V., Rasmussen, C., Pei, J., & Mandhane, P. J. (2019). Screen-time is associated with inattention problems in preschoolers: results from the CHILD birth cohort study. *PLoS One*, 14(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213995>
- Trevisan, B. T. (2014). Inventário de funções executivas e regulação infantil (IFERI) para pais ou responsáveis e professores. [Tese de Doutorado]. Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Vohr, B. R., McGowan, E. C., Bann, C., Das, A., Higgins, R., & Hintz, S. (2021). Association of high screen-time use with school-age cognitive, executive function, and behavior outcomes in extremely preterm children. *JAMA Pediatrics*, 175(10), 1025-34. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2041>

- Von Suchodoletz, A., Gestsdottir, S., Wanless, S. B., McClelland, M. M., Birgisdottir, F., Gunzenhauser, C., & Ragnarsdottir, H. (2013). Behavioral self-regulation and relations to emergent academic skills among children in Germany and Iceland. *Early Childhood Research Quarterly*, 28(1), 62-73. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2012.05.003>
- Zeng, X., Cai, L., Wong, S. H. S., Lai, L., Ly, Y., Tan, W., Jing, J., & Chen, Y. (2021). Association of sedentary time and physical activity with executive function among children. *Academic Pediatrics*, 21(1), 63-9. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.027>
- Zhao, J., Yu, Z., Sun, X., Wu, S., Zhang, J., Zhang, D., Zhang, Y., & Jiang, F. (2022). Association between screen time trajectory and early childhood development in children in China. *JAMA Pediatrics*, 176(8), 768-75. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.1630>

ASSISTÊNCIA AO LUTO EM CUIDADOS PALIATIVOS APÓS MORTE POR CÂNCER

BEREAVEMENT ASSISTANCE IN PEDIATRIC CARE AFTER DEATH FROM CANCER

Lucas Henrique de Carvalho¹, Tereza Cristina Peixoto²

Resumo

O câncer infanto-juvenil demanda esforços para o Cuidado Paliativo Pediátrico (CPP), inclusive para acompanhamento das famílias após o óbito dos pacientes. Para investigar a assistência em CPP prestada aos familiares enlutados, realizou-se uma revisão integrativa de artigos publicados entre 2012 e 2022. Foram encontrados 242 estudos, sendo 6 artigos selecionados. Após análises, produziu-se as categorias temáticas: 1) Intervenções e programas de assistência aos enlutados; 2) Necessidades dos familiares enlutados. Constatou-se que existem diversas intervenções voltadas aos familiares, mas ainda se encontram difusas, muitas vezes incipientes e com pouca avaliação das ações. Predominam algumas práticas como telefonemas, envio de cartões postais e de materiais sobre luto. Por outro lado, poucas ações são destinadas aos irmãos. Os estudos sobre o tema são escassos, principalmente no contexto brasileiro. Sugere-se novos estudos para investigar a eficácia das intervenções, as ações realizadas no Brasil, as práticas mediadas pelas tecnologias e as necessidades dos familiares enlutados.

Palavras-chave: cuidados paliativos, pediatria, luto, neoplasias, morte.

Abstract

Childhood cancer demands efforts for Pediatric Palliative Care (PPC), including monitoring families after the death of patients. To investigate PPC assistance provided to bereaved family members, an integrative review of articles published between 2012 and 2022 was performed. A total of 242 studies were found, of which 6 were selected. After analyses, thematic categories were produced: 1) Interventions and assistance programs for the bereaved; 2) Needs of bereaved family members. It was found that there are several behavioral interventions for family members, but they are still diffuse, often incipient and with little evaluation of actions. Some practices predominate, such as phone calls, sending cards and materials about mourning. On the other hand, few actions are intended for siblings. Studies on the subject are exceptional, especially in the Brazilian context. New studies are suggested to investigate the effectiveness of interventions, actions carried out in Brazil, practices mediated by technologies and the needs of bereaved family members.

Keywords: palliative care, pediatrics, bereavement, neoplasms, death.

¹ Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais.
Contato: psicologolucash@gmail.com

² Docente de Psicologia na Universidade Federal de Minas Gerais.
Contato: terezacp@hotmail.com

Editor-associado: Hermógenes Siqueira

Recebido em: 26/03/2023

Aceito em: 03/02/2025

Publicado em: 04/08/2025

Citar: de Carvalho, L. H., & Peixoto, T. C. (2025). Assistência ao luto em cuidados paliativos após morte por câncer. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 13(1), 73-94.

Introdução

O câncer, ou neoplasia, é uma doença caracterizada pelo crescimento acelerado e descontrolado de células com a tendência de invadir tecidos próximos e que, ao se espalhar para outras estruturas orgânicas, cria novos focos de doença, formando o que é chamado de metástases (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2019a). A doença atinge todas as faixas etárias e os tratamentos existentes tendem a gerar sintomas desconfortáveis aos pacientes, com impactos significativos na qualidade de vida. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) havia estimado que no triênio de 2020 a 2022 surgiriam anualmente 8.460 casos novos de câncer na população infantojuvenil, sendo a doença mais prevalente em pessoas do sexo masculino (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2019b).

Sabemos que as neoplasias são doenças que ameaçam a continuidade da vida, com potencial de gerar sofrimento às crianças e adolescentes que vivem com o câncer nas esferas física, psíquica, social e espiritual, assim como aos seus familiares. Tais características correspondem aos critérios de indicação do acompanhamento de equipes de Cuidado Paliativo Pediátrico (CPP), as quais visam prevenir e promover o controle impecável de sintomas desconfortáveis, viabilizar que os pacientes vivam de forma mais plena possível e que possam ter uma morte digna. Essa área é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como uma importante filosofia de cuidado que integra práticas assistenciais que se iniciam no momento do diagnóstico e acompanham todo o curso da doença, até o pós-óbito, no suporte aos familiares enlutados (World Health Organization [WHO], 2018).

Apesar da relevância da prática paliativista em pediatria, uma pesquisa de 2011 que abrangeu todos os países listados pela Nações Unidas constatou a ausência de qualquer atividade de CPP em mais de 60% dos países. Esse cenário reflete a história ainda recente do CPP. O primeiro hospício infantil de que se tem notícias originou-se no início da década de 80, no Reino Unido, mas foi somente nos anos 90 que a área se expandiu ao redor do mundo, com programas paliativistas pediátricos na África do Sul, Alemanha, Arábia Saudita, Argentina, Costa Rica, Nova Zelândia e Polônia. Em terras brasileiras, notamos um avanço gradual, e dados de 2019 mostram que apenas 40,3% dos serviços de Cuidados Paliativos oferecem assistência pediátrica, totalizando 77 equipes no país. (Knapp et al., 2012; Santos et al., 2020)

No cenário mundial, a maior necessidade de apoio do CPP advém dos casos de HIV, representando 29,6% do total, enquanto as neoplasias contabilizam 4,1% da demanda (World Health Organization [WHO], 2020). Com relação ao câncer, dados revelam que 80% dos casos são curados, ao mesmo tempo em que é a principal causa de morte, por doença, de crianças e adolescentes (1 a 19 anos) no Brasil, tendo sido responsável por 168.897 óbitos entre 2015 e 2019 (Desiderata, 2022).

Nessas circunstâncias, fica evidente a necessidade de ações de cuidado em saúde do CPP, tanto nos casos com potencial cura, quanto naqueles de prognóstico desfavorável.

Metodologia

A proposta de investigar produções científicas sobre um determinado tema para averiguar o conhecimento produzido e as lacunas existentes tem a revisão integrativa de literatura como uma escolha metodológica segura. Mendes et al. (2008) enfatizam a eficiência deste método para tal objetivo e sugerem seis etapas, as quais adotamos no presente trabalho. O primeiro passo consiste na elaboração de uma pergunta norteadora da revisão: o que aponta a literatura, na área do CPP, sobre a assistência aos familiares enlutados, no pós-óbito, de crianças e adolescentes que morreram por câncer?

Para a segunda etapa, após orientação de uma bibliotecária, elaboramos o mecanismo de busca coerente com a pergunta da revisão, sendo indicado os seguintes descritores: “cuidados paliativos”, “luto”, “pediatria”, “neoplasia”, “criança” e os termos correspondentes em conformidade com o padrão dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram utilizados filtros de pesquisa conforme os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre 2012 e 2022 nos idiomas inglês, português e espanhol e que estavam disponíveis na íntegra. Os critérios de exclusão foram: ser um artigo de revisão e trabalhos que não eram artigos, tais como teses, dissertações, monografias e cartilhas. O levantamento foi realizado em outubro de 2022 nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Pubmed.

Na terceira etapa, os resumos de todos os artigos encontrados foram lidos, sendo selecionados aqueles que correspondiam ao tema da revisão e descartamos dissertações, teses, cartilhas e artigos de revisão. Alguns artigos pré-selecionados, lidos na íntegra, fugiam ao tema e também foram excluídos. Formou-se um banco de dados com os artigos selecionados, sumarizando os seguintes dados dos trabalhos: objetivos, metodologia, resultados e conclusões. O passo quatro consistiu na análise crítica dos estudos selecionados. Em seguida, produzimos a discussão dos resultados, dialogando com referenciais teóricos e outros estudos. Dessa forma, foi possível identificar uma diversidade de ações dos profissionais no pós-óbito, como também lacunas, na produção científica atual, que possibilitam apontarmos sugestões para novas ações e estudos. A última etapa finalizou o processo da revisão integrativa por meio da sistematização das análises, resultando no presente artigo.

Resultados

A pesquisa nos bancos de dados encontrou 215 artigos na BVS e 27 artigos na Pubmed, totalizando 242 artigos. Após a leitura de todos os resumos, foram selecionados 19 estudos da primeira

base de dados e 1 da segunda. Dos 20 artigos lidos na íntegra, 6 foram elegíveis para a revisão, como pode ser verificado na Tabela 1, e os outros 14 artigos pré-selecionados foram excluídos por apresentarem temáticas incompatíveis ou por serem revisões ou dissertação de mestrado, que eram critérios de exclusão da revisão.

Tabela 1 - Resultados da Revisão Integrativa

Base de Dados	Artigos encontrados - resumos lidos	Artigos selecionados para leitura na íntegra	Artigos elegíveis para revisão
BVS	215	19	6
PubMed	27	1	1
Repetidos			1
Total	242	20	6

Elaborado pelos autores deste estudo.

Os artigos selecionados são todos no idioma inglês e a caracterização das publicações foi sistematizada no Quadro 1, enquanto os objetivos e principais resultados no Quadro 2.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos

Artigo	Idioma	País	Ano	Periódico
1. Explore the bereavement needs of families of children with cancer from the perspective of health caregivers: a qualitative study.	Inglês	Irã	2021	Frontiers in Psychology
2. Personalized and yet standardized: an informed approach to the integration of bereavement care in pediatric oncology settings.	Inglês	Estados Unidos da América	2018	Palliative and Supportive Care
3. Parental experiences with a hospital-based bereavement program following the loss of a child to cancer.	Inglês	Estados Unidos da América	2016	Palliative and Supportive Care
4. Bereaved siblings' advice to health care professionals working with children with cancer and their families.	Inglês	Suécia	2015	Journal of Pediatric Oncology Nursing
5. An open trial of meaning-centered grief therapy: rationale and preliminary evaluation.	Inglês	Estados Unidos da América	2019	Palliative Support Care
6. Psychosocial standards of care for children with cancer and their families: a national survey of pediatric	Inglês	Estados Unidos da	2018	Social Work in Health Care

oncology social workers.		América		
--------------------------	--	---------	--	--

Elaborado pelos autores deste estudo.

Quadro 2 - Objetivos e resultados dos artigos

Autores	Objetivos	Principais Resultados
Pakseresht et al. (2021)	Explorar as necessidades de familiares de crianças com câncer no processo de luto.	1) Familiares necessitam de apoio espiritual; contato com outras famílias enlutadas; e o suporte da equipe durante o luto por meio de uma comunicação empática; 2) É comum os familiares se sentirem abandonados e precisam de auxílio para recuperar o senso de controle da situação, podendo ser por meio de aconselhamento sobre o processo de luto; 3) A família precisa de preparação para a morte de forma individualizada, considerando os seus valores.
Wiener et al. (2018)	Avaliar a implementação da norma de que a equipe de CPP precisa fazer pelo menos um contato com a família enlutada.	Descobriu-se que 65% dos oncologistas não têm política para avaliar necessidades de luto e 35% das equipes não têm um profissional responsável para avaliar luto. Nas equipes de CPP, 55% não têm profissional para isso. O atendimento pós-óbito é feito por 59% das equipes pesquisadas, sendo que 80% enviam um cartão para as famílias, 72% fazem telefonemas e 61% utilizam recursos literários. Nos programas de CPP, 55% fornecem cuidado ao luto por 1 ano e 4,9% dos programas sem CPP fazem o mesmo.
Berret-Abebe et al. (2017)	Compreender as experiências dos pais enlutados que participaram de um programa de apoio ao luto após perder filho por câncer.	1) O luto é intenso, duradouro, tem características específicas quando se trata de morte infantil e pode afastar ou aproximar os pais; 2) Pais sentem conexão importante com equipe do hospital, como se fossem da família; ficam com enorme gratidão pelo apoio da equipe; 3) Todos os pais avaliaram positivamente o programa de apoio ao luto; se sentiam muito bem com as ligações e lembranças recebidas pela equipe; 4) Pais dão ênfase no fato de que o luto dura mais de 2 anos e gostariam de manter contato após isso; muitos sugeriram grupos de apoio de pares, em que enlutados se ajudariam.
Lövgren et al. (2015)	Explorar o conselho de irmãos enlutados para profissionais de saúde (HCPs) que trabalham com crianças com câncer e suas famílias.	1) Os irmãos desejam ter mais atenção dos pais e profissionais durante o adoecimento e no luto; valorizam gestos como receber um jogo, um adesivo, um abraço; e ter espaço para expressar sentimentos; 2) Gostariam de saber mais sobre a doença e conversar com a equipe; 3) Desejam ser mais incluídos nos cuidados ao irmão doente; 4) Apoio e informação aos pais para que consigam orientar e envolver os irmãos da melhor forma possível; 5) Conselhos para cuidados que deixem o irmão doente mais independente e não falar o tempo todo sobre morte; 6) Profissionais devem ser realistas, honestos, mas manter a positividade, esperança e felicidade da família.
Lichtenthal et al. (2019)	Investigar a aceitabilidade e eficácia da Terapia do Luto Centrada no Significado (TLCS).	Os participantes deram <i>feedback</i> positivo sobre a TLCS. Os resultados mostraram melhorias longitudinais pós-intervenção em luto prolongado, senso de significado, depressão, desesperança, vínculos contínuos com o filho, crescimento pós-traumático, afeto positivo e vários domínios de qualidade de vida relacionados à saúde. A maioria dos ganhos do tratamento foi mantida ou aumentada na avaliação de acompanhamento

		de três meses. Os dados sugerem que 16 sessões é viável, aceitável e associada a melhorias transdiagnósticas no estado psicológico de pais que perderam um filho para o câncer.
Jones et al. (2018)	Avaliar o cumprimento das práticas instituídas pelos Padrões de Atenção Psicossocial (PAP) às crianças com câncer e familiares.	O apoio psicossocial está sendo fornecido na maioria dos centros de câncer, mas muitos dos PAP não estão sendo implementados sistematicamente. Quanto ao luto, 37% sempre fornecem apoio após o óbito; 49,4% sempre entram em contato para avaliar a demanda da família; 4,9% não oferecem suporte; 6,2% fornecem atendimento presencial; 32,1% encaminham para órgãos comunitários; 44,4% prestam assistência em conjunto com a comunidade. As medidas dos serviços de luto incluem telefonemas, cartões postais ou pacotes de recursos de lutos. Outras instituições conduziam grupos de apoio, aconselhamento ou serviços fúnebres anuais ou retiros de finais de semana.

Tradução e sistematização elaborada pelos autores do estudo.

Por meio da leitura detalhada dos seis artigos selecionados, foram criadas duas categorias analíticas, nas quais agrupamos os artigos a partir da convergência do tema trabalhado nos estudos. A primeira categoria contempla os artigos 2, 3, 5 e 6 e foi denominada “Intervenções e programas de assistência aos enlutados”; e os artigos 1 e 4 integram o segundo agrupamento: “Necessidades dos familiares enlutados”. A numeração dos artigos refere-se a ordem apresentada no Quadro 1. Na próxima seção discutiremos os artigos, dialogando com outros estudos e teorias que enriquecem a compreensão do fenômeno revisado.

Discussão

Categoria 1: “Intervenções e programas de assistência aos enlutados”

Wiener et al. (2018), no artigo 2 da revisão, organizaram uma pesquisa em vários Centros de Oncologia Pediátrica e de Cuidados Paliativos de vários estados dos EUA e mais outros 13 países para avaliar a implementação da norma para os profissionais fazerem pelo menos um contato significativo aos familiares enlutados após o óbito. Descobriu-se que somente 35% das equipes oncológicas e 55% das paliativistas possuem um profissional responsável para avaliar o luto; 59% fazem um atendimento pós-óbito, destes, 80% enviam um cartão, 72% fazem telefonema e 61% enviam material sobre luto. Ademais, 55% dos programas de CPP acompanham, por pelo menos 1 ano, os familiares após o óbito. O estudo avaliou também as barreiras para a efetivação do cuidado aos enlutados, como as demandas que excedem os recursos e instalações disponíveis, além de financiamento e tempo inadequados para fornecer os serviços de luto. Dessa forma, foi sugerido treinamento aos profissionais e políticas institucionais para solucionar a carência de uma rotina de avaliação das necessidades dos enlutados e a inconsistência do acompanhamento aos familiares.

Já no artigo 6 da revisão, Jones et al. (2018) realizaram uma pesquisa nacional nos EUA, avaliando serviços de oncologia pediátrica no que se refere ao cumprimento dos 15 Padrões de Atenção Psicossocial (PAP), atribuídos a atuação de assistentes sociais. Apesar dos autores não se referirem explicitamente aos Cuidados Paliativos (CP), muitos dos padrões avaliados condizem com os princípios dos CP e focaremos aqui nos resultados que remetem à problemática da presente revisão.

Os autores apontam que 37% dos serviços sempre fornecem apoio após o óbito; 49,4% sempre entram em contato para avaliar demanda da família; 4,9% não oferecem nenhum tipo de suporte; 6,2% fornecem atendimento presencial; 32,1% encaminham para órgãos comunitários; 44,4% prestam assistência em conjunto com a comunidade. As práticas dos serviços de luto incluem telefonemas, cartões postais, materiais sobre luto e ajuda financeira para o funeral. Algumas instituições conduzem grupos de apoio, aconselhamento das famílias, serviços fúnebres ou retiros em finais de semana. A pesquisa evidenciou, ainda, que não existem diretrizes institucionais para implementar as medidas e entre várias melhorias necessárias, cita-se maior acesso aos Cuidados Paliativos Pediátrico e atendimento psicológico e psiquiátrico, além do fortalecimento da assistência integrada aos pais e irmãos dos pacientes (Jones et al., 2018).

Ao buscar esse tema em outros estudos não encontrados na revisão, encontramos a realidade da Austrália e da Nova Zelândia, onde a assistência ao enlutado parece ser muito mais frequente. No início dos anos 2000, existiam 10 grandes Centros de Oncologia Pediátrica nos dois países. Decinque et al. (2004) realizaram uma pesquisa com 9 desses serviços, dos quais 8 ofereciam apoio ao luto. A prática mais comum foi o aconselhamento que acontece por telefone, no hospital ou na casa dos familiares. Alguns hospitais faziam contatos periódicos em datas importantes, outros ofereciam grupos de apoio e também existiam iniciativas anuais ou a cada 2 anos de “cerimônias memoriais” (Decinque et al, 2004, p. 132, tradução nossa). Outra ação possível é a “*Memory Box*”, que é uma Caixa de Memórias utilizada em vários países, na qual se coloca objetos utilizados pela criança no hospital (por exemplo, um bicho de pelúcia, uma foto da criança, kit com gesso para impressão da mão ou pé da criança); além disso, os pais incrementam com roupas da criança, desenhos e outros objetos significativos. Geralmente a caixa fica com a família e com o paciente ao longo do tratamento e, após o óbito, vira uma recordação póstuma ou pode acompanhar a criança no sepultamento. (Fernandes, 2021).

Outra possibilidade de intervenção, que não foi capturada pela revisão, advém da experiência de um hospital estadunidense com assistência paliativista pediátrica, o qual formalizou um comitê que conta com participação ativa de familiares de crianças que morreram por câncer ou que ainda fazem tratamento (Spraker-Perlman et al., 2021). Membros da equipe, junto aos familiares, constroem

coletivamente melhores práticas de cuidado na instituição. Uma das prioridades do grupo é o suporte ao luto, sendo que registram em prontuário o plano de atenção à família logo após o falecimento do paciente. O plano inclui correspondências, apoio funerário, contatos mensais nos 4 primeiros meses – realizados por pais que estão em luto há mais tempo –, site com informações sobre o processo de luto e recursos assistenciais (evento para familiares fazerem uma espécie de memorial dos filhos, série de *podcasts*, discussões virtuais em grupos coordenados por pais enlutados, fórum de discussão on-line voltado para as famílias e programa de orientação aos pais). Os autores avaliam positivamente a inclusão de familiares enlutados no planejamento estratégico e na linha de frente dos cuidados, uma vez que ampliou a perspectiva sobre as necessidades das famílias e pacientes, como também aprimorou as práticas do CPP no hospital.

Apesar dessas várias iniciativas, ainda há uma ausência de literatura contemplando avaliações rigorosas de programas de luto. Ainda assim, Lichtenthal et al. (2015a) revisou publicações em inglês de 1995 a 2015 sobre luto em oncologia pediátrica, e defende que o acompanhamento aos pais enlutados é benéfico, fazendo-os se sentirem cuidados, além de ajudar na construção de estratégias de enfrentamento e redução do isolamento. Ainda existem inconsistências nas tentativas de acompanhamento, mas várias práticas já são listadas na literatura: “ligações telefônicas; envio de cartões; comparecer a funerais; fornecer informações e recursos; conectar pais com outros pais enlutados; valorizar aniversários, feriados e datas simbólicas; visitar a família; realização de reuniões familiares; e organização de serviços fúnebres” (Lichtenthal et al., 2015a, p. 836, tradução nossa). Além do acompanhamento da equipe oncopediátrica, é recomendado o encaminhamento para serviços de atenção ao luto, mas ainda são incipientes as avaliações e triagens de necessidades do luto.

Tendo em vista a quantidade de indicações de acompanhamento no luto presentes na literatura, Lichtenthal et al. (2015b) pesquisaram o uso de serviços de saúde mental pelos pais que perderam filhos de 0 a 25 anos por câncer em dois hospitais estadunidenses. Nesse estudo, 78% da amostra utilizava ou estava vinculada, no momento da pesquisa, a algum serviço. A psicoterapia foi a intervenção terapêutica mais utilizada, seguida do uso de medicamentos e de grupo de apoio. Com relação às pessoas que não utilizam nenhum serviço, 64% informaram que não procuraram ajuda pela dificuldade de falar sobre a perda e 60% também apontou que é difícil encontrar serviços voltados para esse tipo de acolhimento. A busca pelos serviços nos dois primeiros anos de luto é predominante, sendo mais comum no segundo ano. Os autores analisam que as pessoas têm mais suporte psicossocial informal no primeiro ano e, por isso, demandam menos ajuda profissional. No entanto, esse estudo concluiu que, em geral, os pais precisam e desejam ter um acompanhamento após o óbito do filho, inclusive procuram com frequência os serviços, que, entretanto, parecem ser subutilizados, pela necessidade de ampliarem o acesso e a eficácia das suas intervenções.

Em outro trabalho estadunidense, o artigo 3 da revisão, Berrett-Abebe et al. (2016) analisaram a experiência de famílias que fizeram acompanhamento em um programa de luto que fornecia ligações e correspondências após o óbito de um filho por câncer. Constatou-se a sensação de que o luto é um processo intenso e duradouro, sendo que a morte infantil por doença acarreta um acentuado sofrimento emocional. Ficou evidente que a relação com a equipe hospitalar é muito valorizada pelos familiares, os quais carregam um sentimento de gratidão muito forte para com os profissionais. Todos os participantes da pesquisa avaliaram o programa de luto positivamente e enfatizaram que o envio da cesta personalizada com presentes, cartas e materiais educativos sobre o luto proporcionou conforto à família. Os familiares sugeriram prolongamento do tempo do contato para além dos 2 anos instituídos no programa e encontros presenciais, inclusive com participação de várias famílias para que possam apoiar-se e trocar experiências.

Os resultados desses dois últimos estudos mostram, então, que a busca dos familiares pelos serviços de saúde mental é mais comum a partir do segundo ano, além do desejo dos familiares do apoio da equipe para além dos 2 anos previstos no programa. Isso nos instiga a compreender melhor como o fator do tempo interfere na necessidade de apoio profissional. Nesse sentido, Worden (2013) mostra que algumas tarefas precisam ser exercidas no processo do luto. A primeira é aceitar a realidade da perda, e envolve a dimensão cognitiva do enlutamento, pois o sujeito passa por uma reestruturação do pensamento para criar uma nova representação da pessoa que faleceu, agora como alguém morto. Os ritos fúnebres podem ajudar a concretizar essa realidade, mas, ainda assim, é comum se instaurar uma reação de negação da morte por um tempo. Parte do processo de aceitação envolve também a dimensão emocional, a qual é mais atingida ainda na segunda tarefa do luto, que é processar a dor. Essa tarefa provoca um sofrimento intenso, afetando também a parte física e comportamental. Para esse autor, quando essa tarefa não é bem resolvida, a ajuda profissional pode vir a ser uma necessidade para que a pessoa consiga se restabelecer e cumprir as tarefas seguintes: ajustar-se a um mundo sem a pessoa morta, assim como, encontrar conexão duradoura com a pessoa morta em meio à nova vida.

É provável que a busca por serviços de saúde e o desejo de manutenção de vínculo com a equipe estejam conectadas ao processo de luto, principalmente à tarefa emocional de reconstrução da vida, que exige mudança comportamental. Acreditamos também que o envio de materiais educativos sobre luto auxilia na tarefa inicial, já que envolve principalmente a cognição, auxiliando no trabalho interno intelectual de aceitação da morte. Estudos são necessários para analisar as hipóteses aqui levantadas, como também compreender como as intervenções ressoam nos aspectos físico, cognitivo, emocional e comportamental dos familiares enlutados.

No quinto artigo da revisão, outro tipo de intervenção avaliada foi a de Lichtenthal et al. (2019), que realizaram um estudo empírico com familiares enlutados para analisar a eficácia da Terapia do Luto Centrada no Significado (TLCS). Essa intervenção terapêutica demanda 16 sessões individuais, de 60 a 90 minutos, com a proposta de trabalhar as atitudes dos familiares diante do sofrimento, a construção de significados relacionados à perda e a continuidade da conexão com o filho falecido. Os participantes forneceram *feedback* positivo com relação à TLCS e os resultados mostraram melhorias longitudinais pós-intervenção em algumas dimensões avaliadas: luto prolongado, senso de significado, depressão, desesperança, vínculos contínuos com o filho, afeto positivo e vários domínios de qualidade de vida relacionados à saúde. O estudo concluiu que essa intervenção cognitivo-comportamental é viável e está associada a impactos positivos no funcionamento psicológico dos pais que perderam um filho para o câncer.

Além desse tipo de intervenção específica, Franco (2021) sinaliza a diversidade de estudos referentes às possibilidades de técnicas e terapias que podem ser utilizadas nos casos de luto, tais como abordagens diversas de psicoterapias individuais e grupais, mas também outras que ainda precisam de mais estudos para validação, como as terapias corporais, a dessensibilização e o reprocessamento por movimentos oculares (*eye movement desensitization and reprocessing* – EMDR). Existem também estudos que evidenciam ações terapêuticas no contexto do luto no ambiente virtual, tais como fóruns on-line, grupos de Facebook, postagens nas redes sociais e atendimentos psicológicos on-line. Foi observado que as pessoas enlutadas podem se beneficiar das trocas digitais, dos atendimentos remotos, assim como das manifestações de sentimentos e construções de narrativas no ambiente cibernético. Sugerimos também estudos que explorem como o CPP pode se apropriar e promover práticas de cuidado aos enlutados nos espaços virtuais.

Diante dessa diversidade de possibilidades, os profissionais precisam fazer uma avaliação clínica criteriosa e cuidadosa, amparada nos estudos e teorias sobre o luto, para que consigam indicar ou conduzir uma ação terapêutica ética, bem fundamentada e alinhada com a demanda que se apresenta (Franco, 2021).

Salientamos que, a partir da presente pesquisa, identificamos, uma escassez de produções brasileiras sobre atenção em CPP aos familiares enlutados após óbito por câncer, mas alguns estudos com temas intercessores foram realizados. Trabalhadores do serviço pediátrico de um hospital maranhense, que atende crianças elegíveis aos CP, reconhecem que necessitam aprimorar a atenção aos enlutados, pois se limitam somente às orientações funerárias no momento do óbito (Lima et al., 2020). Algumas outras iniciativas foram encontradas na literatura, como atendimentos domiciliares realizados por enfermeiras às mães que perderam filho por câncer (Carmo et al., 2020) e o grupo de

apoio aos enlutados facilitado pela equipe de psicologia de um hospital oncológico (Scannavino et al., 2013). Assim, estudos amplos com equipes de CPP brasileiras precisam ser desenvolvidos para mapear as ações desenvolvidas no país.

Por outro lado, percebemos mais publicações de ações e estudos estadunidenses em CPP. O predomínio dos estudos nos EUA pode ser compreendido em função de três aspectos principais. Primeiro, pela história dos movimentos sociais no país desde a década de 70, que, segundo Albuquerque (2020), foi forte na defesa dos direitos civis, com luta pela saúde e resistência à ideia do poder médico sobre o corpo dos pacientes, com ênfase à sua autodeterminação, além dos movimentos pelos direitos do consumidor. Tais lutas sociais demandaram a criação de normas e obrigações ético-jurídicas. Ademais, e em um segundo aspecto, nesse contexto os CP foram dessa forma nomeados e consolidados predominantemente nesse país, nessa mesma década. Sabemos que com o avanço científico e tecnológico, que produziu mudança nos perfis demográficos e epidemiológicos da população, com forte incidência nos gastos com a saúde em função do aumento das doenças crônico-degenerativas, exigiu a necessidade da criação de novas políticas e práticas de saúde. Finalmente, um terceiro aspecto se refere à evidência de que nos EUA há o maior número de equipes de CP na assistência à saúde.

Com relação à escassez das publicações no Brasil, tal questão merece um estudo mais amplo, para que não se restrinja a um entendimento meramente relacionado à sua recente história no país. De fato, a política pública dos CP de nível nacional publicada (Portaria nº 3.681/2024) ainda está em vias de implementação e precisaremos avançar com pesquisas sobre os aspectos políticos, éticos e socioculturais envolvidos na construção dos CP no Brasil para compreensão mais aprofundada sobre o fenômeno.

Categoria 2: “Necessidades dos familiares enlutados”

No artigo 1, Pakseresht et al. (2021) exploraram as necessidades dos familiares de crianças com câncer, no processo de luto, por meio de uma pesquisa qualitativa com enfermeiros do Irã. Apesar da pesquisa não ter sido conduzida junto a uma equipe de CP, incluímos o trabalho na revisão por se tratar de um contexto condizente com a realidade dos pacientes e familiares elegíveis aos cuidados paliativos.

Os participantes da pesquisa acreditavam que a família necessita de suporte psicológico ou espiritual durante o período de adoecimento da criança e no processo de luto após o óbito. A relação de apoio entre familiares enlutados foi apontada como uma saída benéfica. Os enfermeiros avaliam que a família fica abandonada após a morte da criança e sinalizam a necessidade de práticas de

aconselhamento e informações sobre os cuidados de fim de vida e de questões sobre a vivência do luto. Além disso, defendem cuidados individualizados baseados na singularidade da criança e da família para ampará-los na preparação para a morte e no luto após o óbito, por meio de contato próximo e de ligações telefônicas. Tais percepções dos trabalhadores se conectam com a necessidade de transpassar a norma sociocultural que marginaliza o tema da morte, tornando-a um tabu. Kovács (2021a) mostra que esse processo de interdição da morte interfere diretamente nas comunicações nos serviços de saúde, nos rituais fúnebres e nas expressões de luto. Uma sociedade capitalista preocupada prioritariamente com a produtividade deixa pouco ou nenhum espaço para manifestações de dor, as quais atrapalham o curso da produção e desenvolvimento socioeconômico. Assim, as falas e expressões no que se refere às questões de final de vida e de luto vão contra forças impregnadas nas práticas sociais e, por isso mesmo, o estímulo às expressões de sentimento são potentes para a produção de novas práticas acolhedoras e humanizadas, facilitando a elaboração do sofrimento dos familiares enlutados.

Esse sofrimento, ao ser levado em consideração, levou pesquisadores estadunidenses a buscar compreender quais as recomendações 13 familiares de crianças que morreram por câncer dariam às equipes que cuidam de pacientes em fim de vida e às suas famílias. Uma das necessidades apontadas é a continuidade do acompanhamento após o óbito, acolhendo os membros da família para diminuir a sensação de abandono e colaborar no processo de transição para uma vida mais tranquila, confortável e produtiva. Aqui vemos como a exigência de produtividade torna-se um fator que atravessa a subjetividade, vista pelos familiares como sinal de progresso no seu enlutamento. Eles assinalaram também a importância da equipe ter um apoio para si mesma, pois reconheceram o sofrimento dos profissionais perante a morte dos pacientes (Spraker-Perlman et al., 2021). Kovács (2021b) também alerta para a necessidade de grupos de educação sobre a morte voltados para os profissionais, para aprimorar a comunicação e o acolhimento aos familiares, além de terem um espaço para refletirem e amadurecerem sobre as questões de vida e de morte, já que é um tema pouco abordado nas grades curriculares dos cursos de saúde.

Voltando às repercussões e necessidades dos familiares enlutados, Steele et al. (2013) também ressaltam o desejo de famílias dos EUA e Canadá, cujas crianças morreram por câncer, de terem uma continuidade do cuidado após o óbito. Os pesquisadores do estudo foram elogiados devido ao tema da pesquisa, a saber luto no contexto de oncopediatria, pelos próprios familiares que se sentiram valorizados pelo hospital e satisfeitos por terem um espaço para se expressarem e ainda poderem ajudar outras pessoas, que conseqüentemente podem se beneficiar do estudo realizado.

O agradecimento dos familiares denota a importância desse apoio dos profissionais, na vivência do luto, que é atravessada por tantos desafios. Rosenberg e Wolfe (2017) relatam estudos que evidenciam maior frequência de luto complicado, com sintomas compatíveis com ansiedade, depressão e estresse nos pais dos filhos com câncer que morreram no hospital, em comparação aos óbitos em domicílio. Casos de luto prolongado, estresse e culpa também foram mais recorrentes quando os pais notaram queda da qualidade de vida da criança ou sentiram que a equipe era pouco atenciosa às necessidades do paciente ao longo do tratamento; por outro lado, a vivência de luto foi menos complicada quando os familiares tinham com quem compartilhar as preocupações, ou ao se sentirem mais preparados para a morte, como também quando o óbito aconteceu no momento que estavam junto do filho.

Um estudo transversal brasileiro com 96 pais de crianças que morreram por câncer revelou que 17,2% dos participantes desenvolveram Transtorno do Luto Prolongado (TLP), sendo este mais comum em quem não trabalhava, e 32,3% desenvolveram sintomas depressivos. Foram encontradas associações entre piores índices de religiosidade intrínseca com o TLP, além da percepção de suporte social associada à diminuição de sintomas depressivos. Tais resultados mostram que as pessoas que não retomam a rotina laboral podem enfrentar mais dificuldades na vivência do luto e que o suporte social e espiritual pode contribuir para o estado emocional dos enlutados (Cunha, 2021).

A literatura internacional também aponta que sintomas de ansiedade, depressão, angústia existencial, culpa, sinais de transtorno de estresse pós-traumático e desafios identitários e de busca de sentido são persistentes nos pais enlutados que perderam filho pelo câncer (Lichtenthal et al., 2015a). Os estudos referem que o sofrimento pode se acentuar após o primeiro ano da morte, assim como o suporte psicossocial tende a diminuir ao longo do tempo e alguns enlutados se isolam por temerem incomodar as pessoas com o seu pesar prolongado. Apesar do isolamento, a maioria dos pais deseja e aprecia a manutenção do vínculo com a equipe de saúde que cuidou do filho. Por outro lado, alguns familiares sentem-se desconfortáveis em retornar ao hospital em que o filho faleceu, priorizando as visitas domiciliares; outros, ainda, preferem ficar em acompanhamento do luto em serviços de saúde mental. Steele et al. (2013) também encontraram em sua pesquisa pais e irmãos que preferiam não voltar ao hospital, mas que valorizavam grupos de apoio, desde que fossem específicos para enlutados por morte causada pelo câncer, já que tiveram experiências pouco positivas em grupos amplos a enlutados. Dito isso, percebe-se a complexidade envolvida no fenômeno do luto, demandando mais estudos que aprofundem as necessidades e como se comportam os familiares enlutados ao buscar auxílio profissional, principalmente na realidade brasileira.

No artigo 4, Lövgren et al. (2015) fizeram uma pesquisa, em âmbito nacional na Suécia, com a seguinte pergunta para irmãos enlutados: que conselho você daria aos profissionais de saúde que trabalham com crianças com câncer e seus irmãos? Foi evidenciado que os irmãos desejam receber mais atenção e suporte dos pais e dos profissionais, além de sentirem falta de espaços para se expressarem emocionalmente. Os participantes deram a sugestão de que as equipes enviem cartas aos familiares alguns anos após a morte da criança. Gostariam também de participar mais dos cuidados e ter mais informações e orientações sobre a doença e de como ajudar os irmãos doentes a ficarem mais independentes. Além disso, prezaram pela honestidade e sinceridade dos profissionais, com a ressalva de que não tirassem a esperança e a felicidade da família. O estudo concluiu a necessidade de que ações psicossociais voltadas para toda a família sejam incluídas nas práticas clínicas ao longo do processo de adoecimento, como também após.

Ramos (2015) corrobora tais resultados ao revelar que os irmãos podem vivenciar sensação de perda de suporte, atenção e apoio por parte dos pais durante o tratamento da criança doente. Muitas vezes não possuem informações suficientes sobre o estado de saúde do irmão e, com isso, sentem que o papel fraternal é irrisório, já que a equipe de saúde não se comunica adequadamente com eles. A falta de diálogo e informações pode acarretar fantasias que alimentam culpa e medo, além de uma ideia distorcida da situação. Sabe-se que, irmãos que foram melhor incluídos nos cuidados ao doente, no momento de morte iminente ficam melhor preparados para enfrentar a perda. Após o óbito, é comum que os sobreviventes tenham a sensação de solidão e exclusão ao conviverem com a profunda dor dos pais enlutados. Assim, torna-se fundamental o suporte psicossocial, com manutenção de uma rotina e cuidados com os irmãos sobreviventes, assim como espaços para expressão de sentimentos junto à família, mas também em grupos de apoio voltados exclusivamente para os irmãos.

Em um estudo nos EUA e no Canadá, adolescentes que perderam um irmão por câncer também reivindicaram grupos de apoio específico para adolescentes enlutados, enfatizando a especificidade da vivência do luto fraternal neste período da vida (Steele et al., 2013). Já em uma pesquisa nacional sueca com pessoas que perderam irmãos por câncer infantil quando tinham entre 12 e 25 anos, descobriu-se correlação de maior chance de luto prolongado quando a morte dos pacientes se dava de forma não pacífica, ou quando as informações médicas foram insuficientes ao longo do adoecimento, ou, ainda, quando o contato com a equipe de saúde foi evitado durante o adoecimento. Dessa forma, os autores concluem que manejar sintomas desconfortáveis dos pacientes e melhorar a comunicação com os irmãos são necessidades relevantes para se evitar o processo de luto mais doloroso (Lövgren et al., 2018).

Ressaltamos ainda que o luto dos familiares possui especificidades que dependem não só do grau de parentesco, como também da ligação emocional com a criança ou adolescente que faleceu. Apesar das diferenças, os estudos mostram que as dimensões da comunicação ao longo do adoecimento e o acolhimento após o óbito são significativos na atuação do CPP. Estudos com irmãos enlutados, no contexto brasileiro, precisam ser desenvolvidos para compreender melhor suas necessidades e as ações que as equipes pediátricas precisam desenvolver para lidarem com o luto fraterno.

Considerações finais

A revisão bibliográfica realizada revelou a precária produção científica no que se refere à assistência em CPP aos familiares enlutados após o óbito ocasionado pelo câncer. Apesar do número reduzido de artigos, encontramos estudos internacionais com dados relevantes sobre a problemática. Podemos concluir que equipes de CPP podem se fundamentar na literatura para desenvolver inúmeras ações terapêuticas de apoio ao luto, como ligações telefônicas aos familiares, promoção de grupos de apoio, incentivo de encontros protagonizados pelos próprios enlutados, práticas de aconselhamento, acolhimentos domiciliares ou na instituição, psicoterapia, eventos memoriais e envio de cartas ou caixas de lembranças. Verificamos também que tais práticas promovem a sensação dos familiares não se sentirem abandonados, auxiliando no processo de luto. Essa aproximação com a família não deve ser restrita aos pais, sendo necessário o acolhimento adequado aos irmãos enlutados, os quais também enfrentam desafios com a dor da perda e das transformações na dinâmica familiar. Ademais, poucos estudos abordaram a importância da intersectorialidade, como a articulação com a atenção primária e com outras organizações, como as sociais, no acolhimento aos enlutados. Esse fato evidencia a contínua necessidade da luta e construção de uma ética em saúde, em prol da integralidade da atenção, produzida com democratização dos serviços e cidadania.

São recomendados estudos futuros que avaliem rigorosamente os programas de luto existentes e verifiquem a eficácia das intervenções propostas. Práticas de cuidados mediadas pelas tecnologias, assim como estratégias encontradas por familiares para expressão do luto no ambiente virtual, também precisam ser exploradas. Por fim, compreender melhor em quais momentos do processo de luto é mais comum os familiares necessitarem de ajuda profissional é fundamental para aprimorar a assistência aos enlutados.

Conforme já apontamos, o tema do luto, especialmente em pediatria, é atravessado pelo tabu sociocultural que envolve o fenômeno da morte e, indiscutivelmente, tem um potencial para gerar sofrimento aos profissionais de saúde (Kovács, 2011), que são justamente aqueles demandados para promover apoio e acolhimento no luto. Nesse sentido, concordamos com Färber (2013) ao afirmar que

as equipes do CPP precisam receber ações educativas e preventivas relacionadas à temática da morte e finitude. Circular o diálogo sobre o tema entre os profissionais tende a proporcionar maior amadurecimento pessoal e preparação para práticas de cuidado solidárias, empáticas e com compaixão aos pacientes e familiares, além de maior realização pessoal no trabalho.

Algumas limitações da revisão também precisam ser apontadas. Foram pesquisados artigos em apenas 3 idiomas, sendo que estudos em outras línguas poderiam enriquecer os resultados, assim como a expansão da busca para dissertações e teses, pois a pesquisa limitou-se a artigos. Além disso, alguns trabalhos selecionados para a revisão referenciaram realidades de oncologia pediátrica, não sendo específica a assistência em CPP, que é o foco desta revisão. Logo, essa flexibilidade na seleção dos estudos também pode ser vista como uma limitação metodológica.

Por fim, destacamos também que nenhum artigo selecionado para a revisão era de origem brasileira. Ressaltamos a importância da realização de pesquisas comprometidas com os CP no Brasil, a fim de fortalecer a produção científica contextualizada com as especificidades sociais, culturais, políticas e econômicas do país. Só assim poderemos colaborar diretamente com a produção de políticas públicas de saúde alinhadas com as demandas da população brasileira.

Referências

- Albuquerque, A. (2020). Os direitos dos pacientes no Brasil: análise das propostas legislativas e o papel do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Bioética*, 15, 1-24.
<https://doi.org/10.26512/rbb.v15.2019.27130>
- Arruda-Colli, M. N. F., Perina, E. M., Mendonça, R. M. H., & Santos, M. A. (2015). Intervenção psicológica com familiares enlutados em oncologia pediátrica: revisão da literatura. *Psicologia: teoria e prática*, 17(2), 20-35.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Berrett-Abebe, J., Levin-Russman, E., Gioiella, M. E., & Adams, J. M. (2017). Parental experiences with a hospital-based bereavement program following the loss of a child to cancer. *Palliative & supportive care*, 15(3), 348-358. <https://doi.org/10.1017/S1478951516000821>
- Carmo, S. A., José, S. A. P., Nazareth, I. V., & Noronha, R. D. B. (2020). O cuidado às mães enlutadas de crianças com câncer em óbito domiciliar na perspectiva de Bowlby. *Research, Society and Development*, 9(8), 1-14. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6368>

- Costa, A. R., & Almeida, F. (2021). Perder um filho em idade pediátrica: estudo qualitativo do apoio ao luto parental. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37(6), 516-533.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i6.12868>
- Costa, T. F., & Ceolim, M. F. (2010). A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 31(4), 776-784. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400023>
- Cunha, R. S. M. (2021). Luto prolongado e depressão parental no contexto de oncologia pediátrica [Tese de Doutorado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
<https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/17531>
- Decinque, N., Monterosso, L., Dadd, G., Sidhu, R., & Lucas, R. (2004). Bereavement support for families following the death of a child from cancer: practice characteristics of Australian and New Zealand paediatric oncology units. *Journal of pediatrics and child health*, 40(3), 131-135.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2004.00313.x>
- Desiderata. (2021). Panorama da oncologia pediátrica. Instituto Desiderata.
<http://desiderata.org.br/production/content/uploads/2021/08/3d12c3585d19f20ae72eddbec38978be.pdf>
- Färber, S. S. (2013). Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(3), 267-271.
<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/GQkHb5LXmhsqH5Xknr56hjs/abstract/?lang=pt#>
- Fernandes, M. I. M. (2021). Perda de uma criança & o cuidar da família: papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Beja, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Castelo Branco.
<https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/5507>
- Figueiredo, B. L., Barros, S. M. M. B., & Andrade, M. A. C. (2020). Da suspeita ao diagnóstico de câncer infantojuvenil: a experiência de familiares em serviços de saúde. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(67), 98-113. <https://doi.org/10.38034/nps.v29i67.563>
- Franco, M. H. P. (2021). *O Luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno*. Summus.
- Freitas, S. M. C. (2021). Atendimento psicológico para elaboração do luto na atenção básica: uma estratégia de acolhimento aos familiares que perderam entes queridos em decorrência da

- COVID-19 [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Federal de Alagoas.
<https://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/9140>
- Ghesquiere, A. R., Patel, S. R., Kaplan, D. B. & Brunce, M. L. (2014). Primary care providers' bereavement care practices: recommendations for research directions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(12), 1221-1229. <https://doi.org/10.1002/gps.4157>
- Gonzaga, R. M. C. (2019). Vivências de luto em famílias acompanhadas por equipes de saúde na Atenção Primária [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Uberlândia.
<http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2403>
- Instituto Nacional de Câncer. (2019a). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. INCA. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf
- Instituto Nacional de Câncer. (2019b). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. INCA.
<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
- Jones, B., Currin-Mcculloch, J., Pelletier, W., Sardi-Brown, V., Brown, P., & Wiener, L. (2018). Psychosocial standards of care for children with cancer and their families: A national survey of pediatric oncology social workers. *Social work in health care*, 57(4), 221-249.
<https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1441212>
- Knapp, C., Madden V., & Fowler-Kerry. (2012). Pediatric palliative care: global perspectives. Springer.
- Kovács, M. J. (2011). Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 482-503. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300005>.
- Kovács, M. J. (2021a). Philippe Ariès: retratos da morte no ocidente. In M. J. Kovács. *Educação para a morte: quebrando paradigmas* (pp. 7-34). Sinopsys.
- Kovács, M. J. (2021b). Educação para a morte – Formação de profissionais da saúde e da educação: linhas de ação. In M. J. Kovács. *Educação para a morte: quebrando paradigmas* (pp. 163-188). Sinopsys.
- Lichtenthal, W. G., Sweeney, C. R., Roberts, K. E., Corner, G. W., Donovan, L. A., Prigerson, H. G., & Wiener, L. (2015a). Bereavement Follow-Up After the Death of a Child as a Standard of Care in Pediatric Oncology. *Pediatric blood & cancer*, 62(5), 834-869.
<https://doi.org/10.1002/pbc.25700>

- Lichtenthal, W. G., Corner, G. W., Sweeney, C. R., Wiener, L., Roberts, K. E., Baser, R. E., Li, Y., Breitbart, W., Kissane, D. W., & Prigerson, H. G. (2015b). Mental Health Services for Parents Who Lost a Child to Cancer: If We Build Them, Will They Come?. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 33(20), 2246-2253. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.0406>
- Lichtenthal, W. G., Catarozoli, C., Masterson, M., Slivjak, E., Schofield, E., Roberts, K. E., Neimeyer, R. A., Wiener, L., Prigerson, H. G., Kissane, D. W., Li, Y., & Breitbart, W. (2019). An open trial of meaning-centered grief therapy: Rationale and preliminary evaluation. *Palliative & supportive care*, 17(1), 2-12. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000925>
- Lima, S. F., Lamy, Z. C., Motta, V. B. R. da, Roma, T. M., Gomes, C. M. R. de P., & Souza, T. de P. (2020). Dinâmica da oferta de cuidados paliativos pediátricos: estudo de casos múltiplos. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(9), 1-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164319>
- Lövgren, M., Bylund-Grenklo, T., Jalmzell, L., Wallin, A. E., & Kreicbergs, U. (2015). Bereaved Siblings' Advice to Health Care Professionals Working With Children With Cancer and Their Families. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*, 33(4), 297-305. <https://doi.org/10.1177/1043454215616605>
- Lövgren, M., Sveen, J., Nyberg, T., Eilegård Wallin, A., Prigerson, H. G., Steineck, G., & Kreicbergs, U. (2018). Care at End of Life Influences Grief: A Nationwide Long-Term Follow-Up among Young Adults Who Lost a Brother or Sister to Childhood Cancer. *Journal of palliative medicine*, 21(2), 156-162. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0029>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2018). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
- Menezes, C. N. B., Passareli, P. M., Drude, F. S., Santos, M. A., & Valle, E. R. M. (2007). Câncer infantil: organização familiar e doença. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 7(1), 191-210. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000100011&lng=pt&tlng=pt
- Noal, D. S., Passos, M. F. D., & Freitas, C. M. (2020). *Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19*. Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44264>
- Pakseresht, M., Rassouli, M., Rejeh, N., Rostami, S., Barasteh, S., & Molavynejad, S. (2021). Explore the Bereavement Needs of Families of Children With Cancer From the Perspective of Health

- Caregivers: A Qualitative Study. *Frontiers in psychology*, 12, 1-9.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.750838>
- Paixão, R. C. N., & Dias, L. I. N. (2012). A atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos de criança com câncer. *Ensaio e Ciência*, 16(4). <https://doi.org/10.17921/1415-6938.v16n4>
- Portaria Nº 3.681 do Ministério da Saúde (2024). Diário Oficial da União.
<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>
- Ramos, S. B. (2015). O luto fraterno durante a infância e adolescência: revisão integrativa da literatura. *Pensar Enfermagem | Journal of Nursing*, 19(2), 3-17.
<https://doi.org/10.56732/pensarenf.v19i2.106>
- Rosenberg, A. R., & Wolfe, J. (2017). Approaching the third decade of paediatric palliative oncology investigation: historical progress and future directions. *The Lancet. Child & adolescent health*, 1(1), 56-67. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30014-7)
- Santos, A. F. J., Ferreira, E. A. L., & Guirro, U. B. P. (2020). *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019*. ANCP.
- Scannavino, C. S. S., Sorato, D. B., Lima, M. P., Franco, A. H. J., Martins, M. P., Moraes Júnior, J. C., Bueno, P. R. T., Rezende, F. F., & Valério, N. I. (2013). Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. *Psicologia USP*, 24(1), 35-53.
<https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000100003>
- Souza, V. S. O. (2021). Importância da assistência da Terapia Ocupacional ao cuidador de crianças com câncer em Cuidados Paliativos. *Revista Científica Semana Acadêmica*, 9, 1-23.
https://web.archive.org/web/20210921093510id_/https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo_atualizado_-_vivian_de_souza_0.pdf
- Souza, J. L., Costa, S. M. M., Salcedo, E. A. C., Camy, L. F. S., Carvalho, F. L., Duarte, C. A. M., Perina, E. M., Dias, F. S. B., Batista, P. M. C., Petreca, P. P. C., & Freston, Y. M. B. (2009). A família, a morte e a equipe: acolhimento no cuidado com a criança. In F. S. Santos (Org.), *Cuidados paliativos: discutindo a vida e a morte* (pp. 145-164). Atheneu.
- Spraker-Perlman, H.L., Aglio, T., Kaye, E.C., Levine, D., Barnett, B., Berry Carter, K., McNeil, M., Clark, L., & Baker, J. N. (2021). Leveraging Grief: Involving Bereaved Parents in Pediatric Palliative Oncology Program Planning and Development. *Children*, 8(6).
<https://doi.org/10.3390/children8060472>

- Steele, A. C., Kaal, J., Thompson, A. L., Barrera, M., Compas, B. E., Davies, B., Fairclough, D. L., Foster, T. L., Jo Gilmer, M., Hogan, N., Vannatta, K., & Gerhardt, C. A. (2013). Bereaved parents and siblings offer advice to health care providers and researchers. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 35(4), 253-259. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e31828afe05>
- Teixeira, R. M. O. C. (2020). Implementação de um programa de acompanhamento no Luto numa Unidade de Cuidados Paliativos [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/7275>
- Wiener, L., Rosenberg, A. R., Lichtenthal, W. G., Tager, J., & Weaver, M. S. (2018). Personalized and yet standardized: An informed approach to the integration of bereavement care in pediatric oncology settings. *Palliative & supportive care*, 16(6), 706–711. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001249>
- Worden, J. W. (2013). Compreendendo o processo de luto. In J. W. Worden. *Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto: um manual para profissionais da saúde mental* (pp. 19-34). Roca.
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274561>
- World Health Organization. (2020). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (2ed). Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. <http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>

DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO BORDERLINE EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

DIAGNOSIS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN ADOLESCENTS: AN INTEGRATIVE LITERATURE
REVIEW

Laura Lopes Pietsch Fonseca¹, Vilma Valeria Dias Couto²

Resumo

Este estudo analisou as publicações científicas que tratam do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), visando compreender o diagnóstico na adolescência. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que buscou artigos, publicados entre 2018 e 2023, nas bases de dados selecionadas. Foram analisados 14 artigos, a maioria de revisão, e os resultados discutidos em três eixos temáticos: (a) relevâncias e dificuldades no diagnóstico de TPB na adolescência; (b) condições clínicas da infância e adolescência de risco para TPB e (c) possibilidades de tratamentos para TPB na adolescência. Os resultados indicaram que os sintomas do TPB na adolescência podem ser distinguidos de modo confiável; é preciso melhor preparação dos profissionais para diagnóstico adequado e sem estigmatização e na prática clínica poucos adolescentes são avaliados para TPB. Há necessidade de mais pesquisas sobre a temática no Brasil e de estudos empíricos.

Palavras-chave: Diagnóstico, Transtorno de Personalidade Borderline, Adolescência.

Abstract

This study analyzed scientific publications dealing with Borderline Personality Disorder (BPD) in order to understand the diagnosis in adolescence. This is an integrative literature review that searched for articles published between 2018 and 2023 in the selected databases. Fourteen articles were analyzed, most of them reviews, and the results were discussed along three thematic axes: (a) the relevance and difficulties in diagnosing BPD in adolescence; (b) clinical conditions in childhood and adolescence at risk for BPD and (c) treatment possibilities for BPD in adolescence. The results indicated that BPD symptoms in adolescence can be reliably distinguished; better preparation of professionals is needed for adequate diagnosis without stigmatization and in clinical practice few adolescents are evaluated for BPD. There is a need for more research on the subject in Brazil and empirical studies.

Keywords: Diagnosis, Borderline Personality Disorder, Adolescence.

¹ Estudante de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
Contato: ppietsch12@gmail.com

² Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Professora Adjunto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
Contato: vilma.couto@uftm.edu.br

Editor-associado: Ana Carolina Cordeiro Alves

Recebido em: 29/02/2024

Aceito em: 08/01/2025

Publicado em: 04/08/2025

Citar: Fonseca, L. L. P., & Couto, V. V. D. (2025). Diagnóstico do Transtorno de Personalidade Borderline em adolescentes: uma revisão integrativa de literatura. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 13(1), 95-116.

Introdução

Na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Texto Revisado (DSM-5-TR) da *American Psychiatric Association* (APA, 2023), um Transtorno de Personalidade (TP), é um padrão persistente de comportamento e experiência interna que se afasta significativamente do esperado da cultura do indivíduo. Esse padrão de reações, pensamentos e sentimentos é disseminado e rigoroso, costuma ser identificado na adolescência ou no início da vida adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo.

Para que um indivíduo receba algum diagnóstico de TP, é necessário que haja uma avaliação dos padrões de funcionamento de longo prazo e as características particulares da personalidade devem ser evidenciadas no começo da fase adulta (APA, 2023). Segundo esse manual, o indivíduo deve ter mais de 18 anos, sendo relativamente raros esse diagnóstico aplicado às crianças e adolescentes. Entretanto, o manual prevê que as categorias dos TP poderão ser aplicadas para quem tem menos de 18 anos, se os padrões característicos persistirem por pelo menos um ano, com exceção do transtorno de personalidade antissocial. Embora o diagnóstico de TP seja possível na adolescência pelo DSM-5 (APA, 2023), observa-se relutância dos profissionais da saúde mental em diagnosticá-lo nessa fase da vida, e normalmente as pessoas recebem diagnóstico tardio (Miller et al., 2008).

No DSM-5, as categorias de transtornos de personalidade são separadas em três grupos (A, B e C), conforme suas características comuns, resultando em dez transtornos. Para esta pesquisa, interessa discutir o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), encontrado no Grupo B. O TPB tem como característica essencial um “padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos” (APA, 2023, p. 754).

Segundo o manual da APA (2023), para o diagnóstico de TPB é necessário que o indivíduo atenda cinco dos nove critérios que o caracterizam. O primeiro é dado pelo esforço desesperado do indivíduo de evitar abandono real ou imaginado. O segundo, é a presença de um padrão de relacionamentos instáveis e intensos, que se alternam em extremos entre a idealização e a desvalorização. O terceiro, faz referência a uma perturbação de identidade, caracterizada por uma instabilidade excessiva e persistente da autoimagem ou da própria percepção de si. Como quarto critério, o indivíduo demonstra um padrão de impulsividade/excesso em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas. O quinto critério, é a recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou automutilação. O sexto, é a presença de uma instabilidade afetiva, devido a uma demasiada reatividade de humor. O sétimo é um sentimento crônico de vazio e facilidade em se sentir entediado. O oitavo é a presença de uma intensa e inapropriada raiva ou dificuldade em controlá-la. Por fim, o nono, que é a ideação paranoide transitória, que está associada ao estresse ou sintomas

dissociativos intensos. Ademais, explica que o TPB deve ser distinguido de um problema de identidade, que diz respeito à fase da adolescência e não caracteriza um transtorno.

Pensando o diagnóstico de um transtorno mental na adolescência, Marcelli e Braconnier (2007) explicam que, embora as fronteiras entre o normal e o patológico sejam difíceis de discernir em todos os grupos etários, sustentar o diagnóstico de um transtorno de personalidade na adolescência pode ser difícil, já que o adolescente ainda está em processo de formação da sua personalidade. Acredita-se que a dificuldade deste diagnóstico, em parte, é devida ao desafio clínico de distinguir entre manifestações comportamentais e emocionais exacerbadas próprias à adolescência (alterações psíquicas próprias à crise de identidade) e os sintomas (critérios) característicos do TPB (Marcelli & Braconnier, 2007).

Os diagnósticos que são dados de forma tardia trazem prejuízos não só para o indivíduo, mas para todos do seu círculo social, podendo assim atrapalhar ou influenciar na melhora desses pacientes. As consequências e as dificuldades de pessoas com TPB de se relacionar, apresentam e demonstram intensa dificuldade aos fatos, se colocando em situação de fragilidade e fraqueza diante da vida (Menezes et al., 2014). A sensação de uma pessoa com TPB é descrita como uma necessidade desesperada de evitar abandono real ou imaginado, além de um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizados pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização (APA, 2023).

A pessoa com TPB apresenta fragilidade em várias facetas do funcionamento de diferentes circuitos neurais cerebrais. Há também uma baixa capacidade de adaptação ao estresse e do próprio controle em relação ao relacionamento com os outros por dificuldade de compreensão. Além disso, a fragilidade dos mecanismos mentais o torna mais dependente, com instabilidade afetiva, impulsivos, identidade difusa, suscetíveis a experiências dissociativas e profundo sentimento de dor interior (Fonagy & Luyten, 2009 citado por Louzã Neto & Cordás, 2019).

No DSM-5-TR (APA, 2023), a possibilidade do diagnóstico de TPB em adolescente é discutida no item que trata do desenvolvimento e curso do TP, tomando a idade de 18 anos como marco de início da vida adulta. Todavia, sabe-se que os limites cronológicos da adolescência são definidos de modos distintos pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2021), entre 10 e 19 anos, e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) dos 12 aos 18 anos (Brasil, 1990). Desse modo, é possível visualizar certo impasse na formulação do diagnóstico a depender do critério cronológico usado pelo clínico. Entretanto, a adolescência não se define apenas em função da idade, que é apenas uma das características que a delinea. Nos conceitos básicos, a adolescência é conceituada como uma etapa da vida entre a infância e a fase adulta, marcada por uma série de processos de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (Eisenstein, 2005), que envolve

conquistas importantes. Mas a natureza transicional da adolescência pode tornar os adolescentes mais vulneráveis a problemas de saúde mental (WHO, 2021).

É nítido na literatura que trata do transtorno *borderline* o uso de terminologias diferentes para fazer referência a esse quadro, tais como: organização limite, estado limites, fronteira, entre outros. Em sua origem, o termo *borderline*, remete a uma divisão ou fronteira, daí a sua denominação de “fronteira” ou “limítrofe”¹. Para Chagnon (2009), o conceito de estado-limite se diferencia de TPB, pois este é somente uma das expressões comportamentais possíveis do estado-limite, que pode também dar lugar a uma expressão esquizoide ou narcisista.

Na perspectiva da psicanálise, em linhas gerais, trata-se de uma situação de fronteira entre a neurose e a psicose. A noção de *borderline* constituiu-se inicialmente como uma entidade vaga e imprecisa, que compreende sintomas que se estendem desde o espectro “neurótico”, passando pelos “distúrbios de personalidade”, até o espectro “psicótico”, casos que não se conformam à classificação tradicional das estruturas, ou seja, podiam apresentar traços de neurose, psicose e perversão (Dalgalarondo & Vilela, 1999).

O transtorno *borderline*, nomeado em francês como estado-limite, foi progressivamente diferenciado das psicoses e das neuroses por duas vias diferentes, mas que acabaram se convergindo (Marcelli & Braconnier, 2007). Uma via de inspiração psiquiátrica, com a preocupação em rastrear o mais precoce possível a esquizofrenia, levou os pesquisadores a analisarem o passado destes doentes e chegaram então à descrição de personalidades ligeiramente patológicas, mas que não apresentavam o quadro completo. A outra via de inspiração psicanalítica, teve sua reflexão apoiada nas dificuldades encontradas no tratamento de pacientes cujo sofrimento lembravam a neurose, mas que durante a análise se comportavam mais como psicóticos (Marcelli & Braconnier, 2007). Essas duas correntes, embora diferentes, concordavam com a denominação de “*Borderline*”.

A tendência atual é considerar o quadro *borderline* como uma psicopatologia que tem uma estrutura própria, com características específicas, a saber: excessivas identificações projetivas, com prejuízo da percepção da realidade e do juízo crítico; dispersão do sentimento de identidade; permanente sensação de vazio e de ansiedade difusa, além de *actings* frequentes (Zimerman, 2012).

Autores de inspiração psicanalítica (Kernberg, 1967; Marcelli & Braconnier, 2007) que concebem uma psicodinâmica própria para o quadro *borderline*, reconhecem a prevalência de mecanismos mentais arcaicos, onde predomina a clivagem, a identificação projetiva, a idealização e a negação. Esses mecanismos resultam no enfraquecimento do ego, já que retiram dele uma parte de seu potencial de adaptação.

¹ Neste trabalho o termo *borderline*, limite, fronteira, organizações limite, estados e situações-limite, fronteira e transtorno *borderline* serão utilizados indistintamente para designar o mesmo grupo de transtorno.

Segundo Marcelli e Braconnier (2007), clinicamente, certos sintomas do estado limite guardam semelhanças com algumas manifestações próprias da adolescência (frequência da angústia, manifestações centradas no corpo e prevalência da passagem ao ato). Os autores ainda explicam que o paciente estado-limite, assim como os adolescentes, possui um ego enfraquecido que é confrontado com intensas exigências pulsionais; isso aconteceria para todos os adolescentes em razão da crise pubertária perigosa e para o paciente estado-limite em razão da intolerância à frustração. Nos dois casos há o recurso prevalente a mecanismos de defesa arcaicos (por exemplo, a clivagem), ocorre uma flutuação na identidade e uma fragilidade narcísica (Marcelli & Braconnier, 2007).

Ainda existem controvérsias quando o assunto é definir psicopatologias na adolescência, pois é muito sutil a barreira que separa o "normal" e o "patológico" neste momento da vida. Se por um lado, é difícil falar em transtorno de personalidade porque o adolescente ainda está em processo de formação de sua personalidade, por outro lado, alguns autores não têm dúvidas de caracterizar transtornos de personalidade na adolescência (Kernberg, 1967).

A questão da possibilidade de diagnóstico de TPB em adolescentes já foi foco de revisão de vários estudos (Larrivée, 2013; Jordão & Ramires, 2010; Miller et al. 2008). Estes consideram que o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline deve ser feito sempre que os adolescentes apresentarem as características clássicas desta desordem. Entretanto, há pesquisadores clínicos (Garnet et al., 1994; Meijer et al., 1998 ambos citados por Miller, 2008) que questionam a validade deste diagnóstico em função da variabilidade dos sintomas entre os adolescentes ao longo do tempo. Embora haja um subgrupo legítimo de adolescentes gravemente afetados para os quais o diagnóstico permanece estável ao longo do tempo, parece haver um subgrupo menos grave que entra e sai do diagnóstico (Miller et al., 2008). Considerando o exposto, torna-se relevante revisar publicações mais recentes para verificar se elas ainda estão indicando impasses no diagnóstico de TPB quando se trata de adolescentes.

Assim, este estudo buscou descrever como as publicações científicas recentes discutem o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline, visando compreender os impasses deste diagnóstico na adolescência. Essa compreensão pode subsidiar as intervenções clínicas.

Método

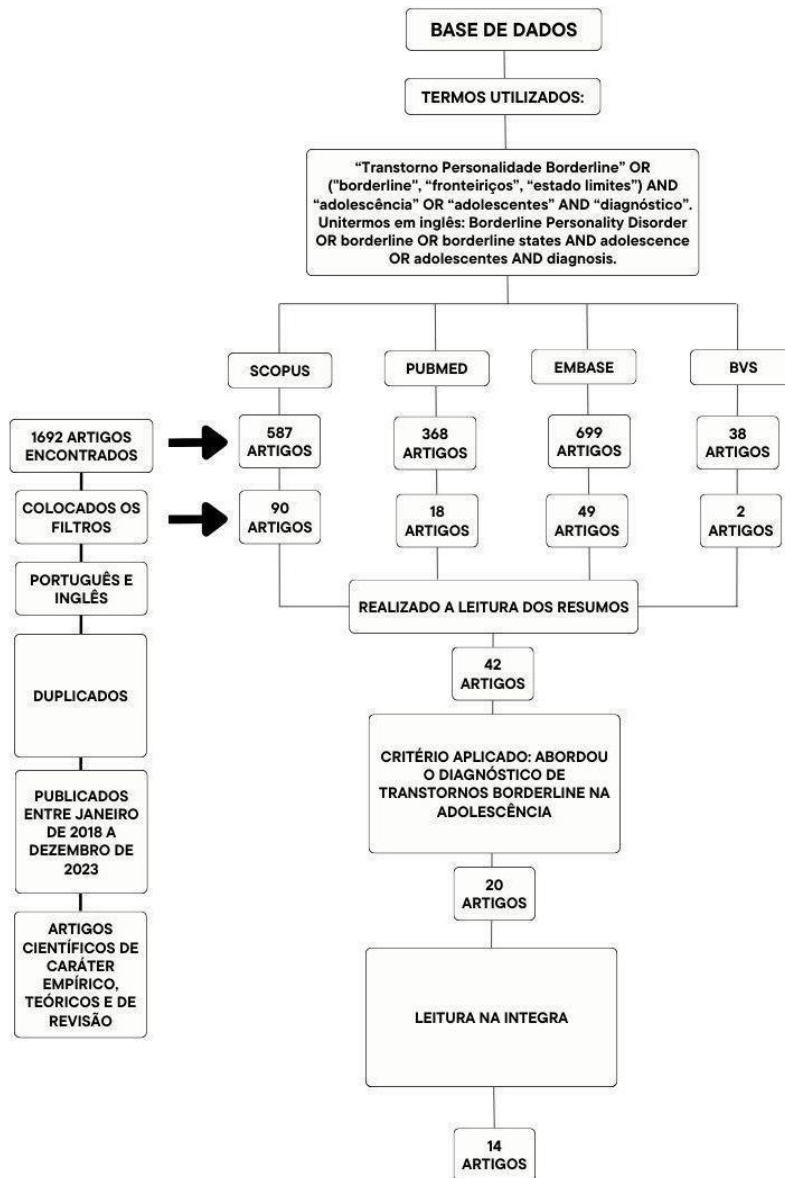
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Estudos de revisão procuram organizar, esclarecer e resumir literatura relevante em uma área (Vosgerau & Romanowski, 2014). A síntese do conhecimento na revisão integrativa reduz incertezas sobre recomendações práticas e facilita a tomada de decisões com base nas intervenções que poderiam resultar no cuidado mais efetivo (Mendes et al., 2008).

As questões que nortearam este estudo foram: o que a literatura científica, dos últimos anos,

vem discutindo sobre o Transtorno de Personalidade Borderline em adolescentes? Quais os impasses para este diagnóstico nesta etapa da vida?

A busca foi realizada no período de fevereiro de 2023 até janeiro de 2024, nas bases BVS, Embase, PubMed e Scopus. Para a procura, foram utilizados os unitermos “Transtorno Personalidade Borderline” ou termos relacionados (“borderline”, “fronteiriços”, “estado limites”) combinados com “adolescência” ou “adolescentes” e “diagnóstico” e esses descritores deveriam aparecer nos resumos dos artigos. Ademais, a mesma combinação foi feita com os unitermos em inglês: *Borderline Personality Disorder or borderline or borderline states and adolescence or adolescents and diagnosis*.

Em seguida, foram aplicados os filtros das plataformas adequados aos critérios de inclusão: a) artigos científicos de caráter empírico, teóricos e/ou de revisão; b) publicados entre janeiro de 2018 e dezembro de 2023 (período considerado em função do aumento de demandas relacionadas a saúde mental dos adolescentes e do interesse em obter informações sobre os recentes resultados das pesquisas na área); c) escritos em português ou inglês. Após remoção dos trabalhos repetidos, foi realizada a leitura dos resumos de 42 artigos recuperados, com atenção ao critério de inclusão: d) abordar o diagnóstico de transtornos borderline na adolescência/adolescentes. Por fim, foram lidos na íntegra 20 artigos e excluídos aqueles cuja temática não atendiam ao objetivo do trabalho. A busca resultou em um total de 14 artigos e o processo que gerou esta seleção é ilustrado na Figura 1.

Figura 1.*Fluxograma da seleção dos artigos.*

A análise dos conteúdos dos artigos selecionados seguiu a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), em que são aplicadas regras de organização, categorização e tratamento dos dados quantitativos ou qualitativos para a elaboração dos resultados. Essa técnica consiste em uma interpretação que varia entre o rigor da objetividade e a riqueza da subjetividade (Castro et al., 2011). Após essa análise, os resultados foram discutidos em três eixos: (1) Relevâncias e dificuldades no diagnóstico de TPB na adolescência; (2) Condições clínicas da infância e adolescência de risco para TPB e (3) Possibilidades de tratamentos para TPB na adolescência.

Resultados e Discussão

As publicações selecionadas foram sintetizadas na Tabela 1 com informações a respeito de: título, primeiro autor, ano de publicação, objetivos e métodos. Tais aspectos permitem compreensão dos elementos importantes para o objetivo desta pesquisa, que serão posteriormente discutidos.

Tabela 1

Artigos selecionados, segundo título, autor, ano, objetivo e método.

Título/autor/ano	Objetivo	Método
A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder/Videler/2019.	Atualizar o conhecimento sobre TPB, na perspectiva da <i>Life-Span</i> , discutir possíveis implicações para avaliação, tratamento e pesquisas.	Revisão Sistemática.
A systematic review of the factors associated with the course of borderline personality disorder symptoms in adolescence/ Skabeikyte/2021.	Identificar os fatores associados ao curso dos sintomas do TPB na adolescência	Revisão Sistemática.
Borderline personality disorder/Bohus/2021.	Descrever e discutir o conhecimento atual sobre TPB.	Revisão Integrativa.
Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies/ Guilé/2018.	Descrever e discutir o conhecimento atual sobre TPB em adolescentes.	Revisão Narrativa.
Borderline personality disorder: Risk factors and early detection/Bozzatello/2021.	Destacar as questões associadas ao diagnóstico do TPB, visando detecção e tratamento precoces.	Revisão Sistemática.
Borderline personality disorder symptom networks across adolescent and adult clinical samples: Examining symptom centrality and replicability / Peters/2023.	Examinar a estabilidade das redes de sintomas do TPB e a centralidade dos sintomas em amostras clínicas de adolescentes e adultos.	Análise transversal dos sintomas de TPB e análise de redes
Diagnosis and dilemma: Clinician experiences of the use of ‘borderline personality disorder’ diagnosis in children and adolescents/Papadopoulos/ 2022.	Compreender as percepções e o uso do diagnóstico de TPB nos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes.	Pesquisa Qualitativa.

Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People/Chanen/ 2020.	Revisar literatura sobre TPB em jovens, examinando a necessidade de definir uma idade apropriada para detecção e a adequação dos métodos atuais de classificação e tratamento.	Revisão Sistemática.
Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder/Bozzatello/2019.	Revisar o conhecimento sobre fatores de risco em jovens que podem prever o início, o curso e o resultado precoce do TPB.	Revisão Sistemática.
General psychiatric management for adolescents (GPM-A) with borderline personality disorder/Ilagan/ 2021.	Apresentar um modelo de intervenção adaptado para adolescente com TPB.	Revisão Narrativa.
Personality pathology grows up: adolescence as a sensitive period/Sharp/2018.	Discutir as descobertas recentes que apontam a adolescência como um período sensível para o desenvolvimento de patologias de personalidade e apresentar um modelo conceitual de psicopatologia.	Revisão de Literatura.
Preschool Age Predictors of Adolescent Borderline Personality Symptoms/Geselowitz/2021.	Examinar fatores pré-escolares preditores precoces de sintomas de TPB.	Estudo longitudinal prospectivo.
Psychopathological outcomes of adolescent borderline personality disorder symptoms/ Winsper/2020.	Examinar associações entre sintomas de TPB em adolescentes e subsequentes sintomas depressivos, psicóticos e hipomaníacos.	Estudo quantitativo, análises estatísticas.

The Course of Borderline Psychopathology in Adolescents with Complex Mental Health Problems: An 18 Month Longitudinal Follow-up/Sharp/2021.	Avaliar o curso longitudinal de características do TPB em adolescentes após alta do tratamento hospitalar.	Estudo Longitudinal.
---	--	----------------------

Observa-se que o ano de 2021 comporta o maior número de publicações (n= 6) na amostra selecionada, tendo Carla Sharp (2018; 2021) e Paola Bozzatello (2019; 2021) como primeiras autoras em duas publicações no período da busca. Quanto aos objetivos, apesar de variarem, revelam o compromisso de examinar o diagnóstico de TPB precocemente, ainda na adolescência, e os esforços na identificação de fatores de risco e/ou propostas de intervenção.

Com relação aos métodos, foram nove estudos de revisão, sendo cinco de revisão sistemática (Videler et al., 2019; Skabeikyte & Barkauskiene, 2021; Bozzatello et al, 2021; Chanen, et al., 2020; Bozzatello et al., 2019); um de revisão integrativa (Bohus, et al., 2021); dois de revisão narrativa (Guilé et al., 2018; Ilagan & Choi-Kain 2021); e um de revisão de literatura (Sharp & Wall 2018); um estudo quantitativo com análise de estatísticas (Winsper, et al., 2020); dois estudos longitudinais (Sharp et al., 2021; Geselowitz et al., 2021); um estudo de análise transversal dos sintomas de TPB de instrumentos diagnósticos (Peters et al., 2023) e uma pesquisa qualitativa (Papadopoulos et al., 2022).

Os artigos foram unânimes quando se tratou da possibilidade do diagnóstico do TPB na adolescência. Segundo Guilé, et al. (2018), embora o TPB não tenha sido reconhecido na infância, a relevância clínica deste diagnóstico na adolescência está agora bem estabelecida. É importante apontar que, de acordo com Papadopoulos et al., (2022), essa investigação enfatiza a necessidade de sensibilizar os médicos para o impacto que o seu poder e o seu papel profissional têm na sua capacidade de colaborar significativamente no diagnóstico do TPB com os jovens. Os autores (Skabeikyte & Barkauskiene, 2021; Bohus et al., 2021; Chanen et al., 2020; Ilagan & Choi-Kain, 2021; Sharp & Wall, 2018) enfatizam a importância do diagnóstico de TPB na adolescência por se tratar de uma questão de saúde pública.

Eixo 1: Relevâncias e dificuldades no diagnóstico de TPB na adolescência.

A respeito da relevância e dificuldades no diagnóstico do TPB, a revisão de Videler et al. (2019) destaca que o TPB normalmente se manifesta pela primeira vez na adolescência e, nessa fase da vida, indivíduos que desenvolvem TPB podem ser distinguidos de forma confiável daqueles com desenvolvimento normal. Segundo os autores, o diagnóstico de TPB não tem um conjunto fixo de

sintomas ao longo da vida, suas características são dinâmicas, devido sua natureza flutuante e sua expressão depende de fatores contextuais e de desenvolvimento. Explicam que há diferenças substanciais relacionadas à idade na expressão dos sintomas de TPB, sendo que na adolescência, os sintomas incluem principalmente a impulsividade e a instabilidade afetiva. (Videler et al., 2019)

Bohus et al. (2021) consideram que o amplo espectro do TPB e variabilidade ao longo da vida mostram a heterogeneidade do transtorno. Explicam que os sintomas do TPB aparecem pela primeira vez no início da adolescência, atingem o pico no final da adolescência e início da idade adulta e diminuem a partir de então. Para Bozzatello et al. (2021), na prática clínica, o diagnóstico – e consequentemente o tratamento – do TPB é geralmente atrasado devido à subestimação dos sintomas e, muitas vezes, à hesitação em diagnosticar este transtorno em indivíduos mais jovens. Segundo os autores, a detecção do TPB durante a adolescência também é prejudicada pelo fato de esse transtorno apresentar características clínicas diferentes em adolescentes e adultos. Na verdade, é mais provável que o TPB de início precoce apresente os sintomas mais executivos do transtorno (automutilação recorrente e comportamento suicida, outros comportamentos impulsivos e autodestrutivos e raiva inapropriada), enquanto os sintomas característicos duradouros (relacionamentos instáveis e distúrbios de identidade) são mais frequentemente diagnosticados entre adultos. O estudo Peters et al. (2023), visando examinar a centralidade dos sintomas de TPB e sua replicabilidade em amostra de adolescentes, forneceu suporte para validar o diagnóstico de TPB em adolescentes, indicando como sintomas centrais a instabilidade afetiva e o distúrbio de identidade.

Papadopoulos et al. (2022) apontam os dilemas em diagnosticar ou não um adolescente com TPB, e falam em evitar o uso de um “rótulo” potencialmente prejudicial e ao mesmo tempo reconhecem aspectos úteis deste diagnóstico. Chanen et al. (2020) mostra que a relutância dos clínicos em diagnosticar o TPB em jovens é muitas vezes devida à crença de que as características do TPB refletem processos normativos de desenvolvimento e não uma patologia da personalidade. No estudo de Laurensen et al. (2013, citado por Chanen et al., 2020), 40% dos psicólogos entrevistados não diagnosticariam o TPB em jovens com menos de 18 anos porque acreditam que essas características refletem a “tempestade e o estresse” da adolescência. Daí entendem que o diagnóstico de TPB em jovens requer distinção cuidadosa entre estado mental e patologia de personalidade.

Segundo Bozzatello et al. (2019) o diagnóstico e o tratamento do TPB são geralmente tardios porque alguns sintomas são subestimados e o médico hesita em diagnosticar TPB em indivíduos mais jovens. O estigma, a incompletude do desenvolvimento da personalidade nesta faixa etária e as semelhanças entre a perturbação fisiológica do adolescente e os sintomas do TPB são as principais razões para esta relutância.

Ilagan e Choi-Kain (2021) consideram que o TPB é um diagnóstico válido e confiável na

adolescência e que retardar o diagnóstico e o tratamento de TPB diminui a probabilidade de as intervenções funcionarem, piorando potencialmente os resultados a longo prazo. Como parte do tratamento, defendem que maior conhecimento do adolescente sobre o seu diagnóstico pode ajudá-lo a entender e lidar melhor com o transtorno. Por exemplo, saber que os traços de TPB tendem a aumentar na adolescência, mas diminuem com o tempo, pode gerar no adolescente a esperança de que seus sintomas irão regredir no devido tempo, facilitados pelo tratamento. Considerando que adolescentes com TPB estão em maior risco de suicídio e automutilação, a maior autoconsciência do diagnóstico, pode ajudar o adolescente a pensar em maneiras de lidar com emoções intensas e impulsividade como parte de um plano de segurança em situações de risco de autodestruição (Ilagan & Choi-Kain, 2021).

Sharp e Wall (2018) dizem que embora alguns adolescentes adiram ao declínio normativo da patologia da personalidade até o início da idade adulta, uma proporção dos sintomas dos adolescentes aumenta ou estagna. A personalidade (e, portanto, o transtorno de personalidade) é integrada e organizada por natureza e a tarefa de organizar traços em um todo coerente torna-se um foco importante da adolescência. Até à adolescência, as crianças não estão preparadas cognitivamente, social ou emocionalmente para a tarefa de integrar e organizar o conhecimento sobre si mesmas num todo coerente.

Segundo Geselowitz et al. (2021), o diagnóstico de TPB antes da idade adulta permanece controverso devido à hesitação de alguns profissionais em atribuir diagnóstico de transtorno de personalidade a pacientes em período de formação de identidade. No entanto, os autores consideram que há evidências mostrando a continuidade geral dos sintomas do TPB desde a adolescência até a idade adulta, bem como prejuízo relacionado aos sintomas de TPB na adolescência, surpreendentemente semelhante ao vivenciado pelos adultos.

Winsper et al. (2020) consideram que o TPB pode ser mais bem conceituado como um transtorno juvenil, que surge no início da adolescência e diminui lentamente a partir da idade adulta jovem. Acrescentam que adolescentes com sintomas de TPB é um grupo clinicamente vulnerável por causa da sua atual situação sintomatológica, mas também devido a risco de psicopatologia futura. Isso ajuda a explicar a morbidade a longo prazo associada ao transtorno e porque os desfechos podem ser tão devastadores na idade adulta. Consideram que é necessário aumentar a conscientização dos clínicos de que os sintomas do TPB podem ser diagnosticados em adolescentes, pois uma parte significativa desse grupo populacional já parece ter uma síndrome semelhante ao TPB e estão em risco de uma série de psicopatologias futuras.

Apesar dos avanços na compreensão da necessidade de diagnóstico precoce, Sharp et al. (2021) explicam que, na prática, o atraso no diagnóstico e no tratamento é a norma e a discriminação

contra pessoas com TPB é generalizada. O tratamento específico geralmente é oferecido tardiamente no curso do transtorno, para poucos indivíduos, e, muitas vezes, na forma de serviços inacessíveis, altamente especializados e caros. Evidências indicam que essa “intervenção tardia” reforçam o comprometimento funcional, a incapacidade e o niilismo terapêutico. Uma barreira persistente para o diagnóstico e tratamento do TPB em adolescentes tem sido a relutância dos médicos, que acreditam que estariam rotulando o adolescente num diagnóstico estigmatizado, intratável e refratário ao tratamento (Sharp et al., 2021).

Eixo 2: Condições clínicas na infância e na adolescência de risco para TPB.

Entendendo que a adolescência representa uma fase sensível para o desenvolvimento de psicopatologia, torna-se relevante descrever os fatores ou condições clínicas de risco associada ao TPB, reportados na literatura revisada.

A revisão de Skabeikyte e Barkauskiene (2021), ao buscar identificar fatores associados ao curso dos sintomas de TPB durante a adolescência, destacou os seguintes: temperamento infantil, psicopatologia comórbida e experiências interpessoais atuais. Sobre este último, apontaram que exposição à violência entre pares em amizades e em relacionamentos românticos aumenta os sintomas de TPB ao longo do tempo. As autoras consideram que os fatores parentais parecem ser mais importantes na capacidade de prever o início do transtorno e não nas mudanças dos sintomas ao longo do tempo.

Entre as condições da infância que impedem o declínio normativo de traços de personalidade mal adaptativos durante a adolescência e predizem mudanças nas características do TPB, Skabeikyte e Barkauskiene, (2021) destacaram: transtornos externalizantes, temperamento difícil e o autocontrole deficiente. Quanto as condições psicopatológicas relacionadas à adolescência incluíram: transtornos por uso de substâncias, transtorno depressivo maior, sintomas de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), somatização, bem como comorbidades em geral. Deste modo, concluíram que um adolescente com risco de entrar na trajetória crescente do TPB seria aquele com dimensões difíceis de temperamento trazidas da infância, com comorbidade psicopatológica e que estão sofrendo vitimização de colegas ou exposição à violência.

Bohus et al. (2021) trazem que o TPB é frequentemente precedido ou se desenvolve com sintomas de transtornos internalizantes (depressão e ansiedade) e transtornos externalizantes (problemas de conduta, TDAH e uso de substâncias). Em Guilé et al. (2018), o TPB inclui ao menos um componente internalizado (perturbação de identidade, ideação paranoide relacionada ao estresse, sentimentos crônicos de vazio e esforços para evitar o abandono), um componente emocional (instabilidade afetiva e raiva intensa e inadequada) e um componente externalizado (impulsividade, comportamentos suicidas e automutilação e instabilidade nas relações interpessoais). Para eles, os

transtornos externalizantes na infância constituem um fator de risco para o desenvolvimento de TPB no início da adolescência, enquanto os transtornos depressivos adolescentes são preditivos de TPB na idade adulta. Também afirmam que é frequente comorbidades associadas ao TPB no adolescente, tais como transtorno de ansiedade, insônia e comorbidade forte com transtornos depressivos, TDAH e transtorno desafiador de oposição. A revisão de Sharp e Wall (2018) indica que patologias internalizantes e externalizantes não só antecedem o TPB no adolescente, como discutido acima, mas continuam a ser altamente comórbidas com a patologia da personalidade ao longo do desenvolvimento.

A revisão de Bozzatello et al. (2021) discute vários domínios de risco e identifica como preditores do início precoce do TPB: fatores ambientais precoces, características temperamentais da criança e do adolescente, características psicopatológicas precoces e correlatos neurobiológicos. A vulnerabilidade ao TPB geralmente decorre dos fatores ambientais, principalmente relacionados à condição familiar, trauma prematuro e características psicopatológicas infantis – com alterações neurobiológicas associadas – que podem progredir para um transtorno de personalidade clinicamente significativo na adolescência.

No estudo anterior, Bozzatello et al. (2019) já apontava uma ampla gama de fatores ambientais relacionados ao risco subsequente de TPB (status socioeconômico, psicopatologia familiar, relacionamento entre pais e filhos, maus-tratos e outros eventos traumáticos). Segundo Bozzatello et al. (2021), os traumas precoces representam um gatilho para o desenvolvimento de vários traços de TPB, como instabilidade afetiva, desregulação emocional e comportamentos autodestrutivos (abuso de substâncias e condutas de automutilação). Estas experiências traumáticas são representadas principalmente por abusos (verbal, emocional, físico e sexual), negligências (emocional e física) e exposição crônica à vitimização entre pares (bullying).

Em Bozzatello et al. (2019), a investigação de fatores intrapsíquicos, incluindo características temperamentais e perfis de traços de personalidade na infância e adolescência, foi fundamental para reconhecer preditores de TPB em fase inicial. Ambas as revisões de Bozzatello et al. (2019, 2021) cita vários traços de personalidade em crianças ou adolescentes, incluindo instabilidade afetiva, afetividade negativa, emotividade negativa, raiva inadequada, controle emocional deficiente, impulsividade e agressão, que poderiam preparar para uma patologia limítrofe. No estudo de Vaillancourt et al. (2014, citado por Bozzatello et al., 2019), em crianças e adolescentes, a agressão previu o diagnóstico de TPB aos 14 anos com algumas diferenças de gênero: a agressão relacional foi o preditor predominante nos meninos, enquanto a agressão física foi o preditor mais forte nas meninas.

Conforme Bozzatello et al. (2021), baixo autocontrole, impulsividade e instabilidade afetiva

são três dimensões estreitamente conectadas e todas são preditores de TPB na adolescência. Segundo os autores, as evidências disponíveis mostram como fatores ambientais precoces (relacionados à família e ao trauma) interagem com fatores temperamentais e de personalidade – associados a correlatos genéticos e neurobiológicos – na patogênese do transtorno de personalidade na adolescência (Bozzatello et al., 2021).

Por fim, o estudo prospectivo de Geselowitz et al. (2021) examina as relações entre fatores familiares, sociais e psicológicos da primeira infância e os sintomas de TPB na adolescência usando dados longitudinais de uma amostra de crianças. Os resultados enfatizam o papel significativo das experiências adversas na infância, do baixo apoio materno em idade pré-escolar, das psicopatologias na infância (internalizante e externalizante) na sintomatologia do TPB. Mostram ainda que pensamentos e comportamentos suicidas na infância também podem prever sintomas borderline em adolescentes, dez anos depois. Essas descobertas sugerem que fatores pré-escolares podem ser preditores precoces da sintomatologia do TPB.

Eixo 3: Possibilidades de tratamentos para TPB na adolescência.

Segundo Videler et al. (2019), boa parte do conhecimento sobre o tratamento psicoterapêutico do TPB vem de estudos conduzidos com adultos e a maioria foca nos episódios agudos do transtorno (automutilação e impulsividade), sendo adequadas intervenções voltadas para outros sintomas do TPB (por exemplo, sintomas afetivos) e que melhorem o funcionamento social e vocacional. Consideram que a adoção de um modelo de estadiamento clínico, que leve em conta o curso do TPB ao longo da vida (perspectiva *lifespan*), pode ser útil para projetar intervenções adaptadas ao estágio do TPB. A intervenção mais precoce é a prevenção do início do TPB por meio de programas de prevenção mais amplos, tendo como alvo adolescentes com sinais emergentes de TPB. É necessário adaptar abordagens de tratamento específicas ao longo da vida, pois elas foram projetadas para adultos, e não correspondem às necessidades de adolescentes e adultos mais velhos.

Skabeikyte e Barkauskiene (2021) consideram que é importante a intervenção precoce em grupo de adolescentes com fatores de risco específicos para ingressar numa trajetória crescente de sintomas TPB, para bloquear o desenvolvimento de TPB. Apontam a necessidade de avaliações mais abrangentes dos fatores potencialmente importantes e suas interações na previsão do curso de TPB.

Para Bohus et al. (2021), em situações de crise aguda, o primeiro passo é abordar comportamentos de crise (como tentativas de suicídio e outros comportamentos de alto risco). As intervenções devem ser baseadas numa análise comportamental funcional que forneça uma visão geral do comportamento problemático exato, dos fatores desencadeantes e de manutenção mais importantes e dos fatores de vulnerabilidade. Depois devem ser realizados os procedimentos diagnósticos, psicoeducação, orientação sobre opções de tratamento e auxiliar o paciente a encontrar

suporte terapêutico em curto prazo. Indicam que a psicoterapia é o principal tratamento para o TPB; o tratamento medicamentoso é indicado apenas para condições comórbidas que exigem medicação ou durante uma crise, se as intervenções psicossociais forem insuficientes.

Guilé et al. (2018) enfatizam dois princípios gerais no tratamento de um adolescente com TPB. Primeiro, o tratamento não corresponde apenas à implementação de terapias específicas, mas também envolve um plano de gerenciamento que depende da capacidade dos terapeutas de trabalhar cooperativamente para o benefício do paciente. Segundo, o tratamento requer comprometimento do adolescente e dos pais. A família tem influência na eficácia do tratamento, sendo importante reservar um tempo para construir uma aliança sólida com o jovem e sua família. Em relação a farmacologia, não há recomendação para prescrição de psicotrópicos no tratamento de TPB na adolescência. No entanto, se a abordagem farmacológica for usada, ela deve ser limitada a antipsicóticos de segunda geração, que são adjuvantes úteis à terapia psicológica em uma crise suicida, se prescritos como ansiolíticos em um curto espaço de tempo. Na ausência de evidências de qualidade, os inibidores seletivos de recaptação de serotonina não são aprovados como tratamento para TPB.

Segundo Chanen et al. (2020), o foco principal da saúde mental dos jovens é ajudá-los a navegar melhor na transição para a idade adulta. No entanto, o campo dos transtornos de personalidade tem sido lento em adotar esse conceito. Chanen et al. (2020) apoiam a necessidade de detecção precoce e intervenção para patologia borderline subsindrômica ou TPB no período da puberdade até a idade adulta. A revisão deste autores confirma que há uma gama de tratamentos estruturados para TPB em jovens que são eficazes. No entanto, esses tratamentos raramente estão disponíveis em sistemas de saúde internacionalmente, apesar da escala do TPB como um problema de saúde pública.

Conforme Ilagan e Choi-Kain (2021), alguns tratamentos para adultos com TPB já foram adaptados para adolescentes (Terapia Baseada na Mentalização para Adolescentes, Terapia Comportamental Dialética para Adolescentes, entre outros) e demonstraram reduzir os sintomas de TPB, bem como automutilação, ideação suicida e depressão. No entanto, essas psicoterapias exigem treinamento intensivo especializado, o que restringe sua implementação

Pensando em alternativas eficazes e mais viáveis a esses tratamentos especializados de TPB para adolescentes, Ilagan e Choi-Kain (2021) apresentam o *General Psychiatric Management Adolescents* (GPM-A). Trata-se de um tratamento generalista que se baseia em fatores comuns para ser “suficientemente bom” para a maioria dos adolescentes, em um período crítico de transição. O GPM-A é adaptado de um tratamento para adultos (*General Psychiatric Management* - GPM) e se baseia principalmente em princípios gerais de bom gerenciamento psiquiátrico, tais como: elaboração de um diagnóstico, psicoeducação, definição de metas realistas, manejo de questões de segurança e

grupos terapêuticos, apoio familiar, psicoterapia, entre outros. A farmacoterapia deve ser evitada, quando possível, já que não existe nenhum medicamento aprovado para uso em adolescentes com TPB (Ilagan & Choi-Kain, 2021).

Em concordância com Ilagan e Choi-Kain (2021), acredita-se que tratamentos que abordam expressamente preocupações sobre si mesmo, identidade, sensibilidades interpessoais e funcionamento são necessários para a maioria dos adolescentes com diagnósticos psiquiátricos à medida que passam por esse estágio crítico de desenvolvimento. A intervenção precoce no desenvolvimento do transtorno é crucial. Para os adolescentes, aprender sobre o diagnóstico pode auxiliar a sua experiência para transmitir que não estão sozinhos na tentativa de lidar com as suas graves vulnerabilidades, e que existem pessoas que podem ajudar (Ilagan e Choi-Kain, 2021).

Considerações finais

De modo geral, os 14 estudos revisados apontam que os sintomas TPB na adolescência podem ser distinguidos de modo confiável e que este diagnóstico é possível na adolescência. Esta revisão possibilitou compreender que, embora uma trajetória de declínio das características do TPB seja observada para uma boa parcela de adolescentes, o não reconhecimento da patologia limítrofe na adolescência pode inviabilizar as conquistas do desenvolvimento e a transição para a vida adulta, para a parcela de jovens com impasses na trajetória normativa do desenvolvimento. Mostrou ainda que é preciso preparação dos profissionais para que o diagnóstico seja realizado de forma adequada e sem estigmatização, aspecto importante para o desenvolvimento do adolescente. Apesar desses achados, na prática clínica, poucos adolescentes são avaliados para TPB.

No contexto dos estudos analisados, chama atenção a necessidade de reconhecimento atempado de condições clínicas e fatores de risco associados ao surgimento e curso do TPB na adolescência e a necessidade do tratamento precoce. Neste sentido, destaca-se que a presença de transtornos internalizantes e externalizantes pode se mostrar fundamental para o desenvolvimento de TPB na adolescência.

O tratamento para o TPB se baseia numa aliança entre os profissionais, pacientes e cuidadores. O conhecimento de profissionais em relação ao diagnóstico do transtorno se mostra de grande importância, pois trata-se do futuro de um adolescente que está em desenvolvimento.

Em conclusão, a ausência de artigos nacionais nessa revisão revela a necessidade de mais pesquisas sobre o tema no Brasil. Além disso, pesquisas empíricas são necessárias para os avanços da temática, pois grande parte dos estudos analisados neste trabalho foram de revisão. Para mais, também indica a importância do diagnóstico de TPB desde a adolescência, pois ele permite reduzir o risco de cronificação da doença e o seu impacto negativo para o jovem.

Referências

- American Psychiatric Association [APA]. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. (5ª ed). Edições 70.
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C. & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *Lancet*, 398 (10310), 1528-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- Bozzatello, P., Bellino, P., Bosia, M. & Rocca, P. (2019). Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 710. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00710>
- Bozzatello, P., Garbarini, C., Rocca, P. & Bellino, S. (2021). Borderline personality disorder: Risk factors and early detection. *Diagnostics*, 11(11), 2142. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142>
- Brasil. (1990). Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Castro, T. G., Abs, D. & Sarriera, J.C. (2011). Análise de conteúdo em pesquisas de Psicologia. *Psicol. cienc. prof.* 31 (4) <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400011>
- Chagnon, J. Y. (2009). Os estados-limites nos trabalhos psicanalíticos franceses. *Psicologia USP*, 20(2), 173-192. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642009000200003>
- Chanen, A. M., Nicol, K., Betts, J. K. & Thompson, K. N. (2020). Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Current Psychiatry Reports*, 22, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01144-5>
- Dalgarrondo, P., & Vilela, W. A. (1999). Transtorno borderline: história e atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [online], 2 (2), 52-71. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999002004>
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc. Saúde (Online)*, 2(2), 6-7. https://www.researchgate.net/publication/289264288_Adolescencia_Definicoes_conceitos_e_criterios
- Geselowitz, B., Whalen, D. J., Tillman, R., Barch, D. M., Luby, J. L. & Vogel, A. (2021). Preschool Age Predictors of Adolescent Borderline Personality Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60 (5). <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.07.908>
- Guilé, J. M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & de La Rivière, S. G. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther.*, 23(9), 199-210. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S156565>
- Ilagan, G. S. & Choi-Kain, L. W. (2021). General psychiatric management for adolescents (GPM-A) with borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol*, 37, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.05.006>

- Jordão, A. B., & Ramires V. R. R. (2010). Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos. *Paidéia*, 20 (47), 421-430. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000300014>
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Larrivé, M. P. (2013). Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 171–179. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/mplarrivee>
- Louzã Neto, M. R., & Cordás, T. A. (Orgs.) (2019). *Transtornos de Personalidade* (2a ed.). Artmed.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2007). *Adolescência e psicopatologia* (6ª ed.). Artmed
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Menezes, C. N. B., Burgos Dias Macedo, B., & Sampaio Viana, C. K. (2014). A dor de ser borderline: revisão bibliográfica com base na terapia cognitivo-comportamental. *Revista De Humanidades (Descontinuada)*, 29(2), 267–287. <https://doi.org/10.5020/23180714.2014.29.2.267-287>
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents, *Clinical Psychology Review*, 28 (6), 969-981. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004>
- Peters, J. R., Crowe, M. L., Morgan, T., Zimmerman, M., Sharp, C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Zanarini, M. C., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Skodol, A. E., & Yen, S. (2023). Borderline personality disorder symptom networks across adolescent and adult clinical samples: Examining symptom centrality and replicability. *Psychological Medicine*, 53(7), 2946–2953. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004931>
- Papadopoulos, R., Fisher, P., Leddy, A., Maxwell, S. & Hodgekins, J. (2022). Diagnosis and dilemma: Clinician experiences of the use of ‘borderline personality disorder’ diagnosis in children and adolescents. *Personal Ment Health*, 16(4), 300-308. <https://doi.org/10.1002/pmh.1541>
- Sharp C. & Wall K. (2018). Personality pathology grows up: adolescence as a sensitive period. *Current Opinion in Psychology*, 21, 111-116. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.11.010>
- Sharp, C., Vanwoerden, S., Gallagher, M. W., Williams, L. & Newlin, E. (2021). The Course of Borderline Psychopathology in Adolescents with Complex Mental Health Problems: An 18 Month Longitudinal Follow-up Study. *Res Child Adolesc Psychopathol* 49, 545–557. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00756-y>
- Skabeikyte, G., & Barkauskiene, R. (2021). A systematic review of the factors associated with the course of borderline personality disorder symptoms in adolescence. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8, 12. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00151-z>
- Vosgerau, D. S. R., & Romanowski, J. P. (2014). Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Rev. Diálogo Educ.*, 14(41), 165-189. <https://doi.org/10.7213/dialogo.educ.14.041.DS08>

- Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulken, J. E. M., Sobczak, S. & van Alphen, S. P. J. (2019). A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry*, 21(7), 51. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1040-1>
- Winsper, C., Wolke, D., Scott, J., Sharp, C. & Thompson, A. (2020). Psychopathological outcomes of adolescent borderline personality disorder symptoms. *Aust N Z J Psychiatry*, 54(3), 308-317. <https://doi.org/10.1177/0004867419882494>
- World Health Organization [WHO]. (2021, November 17). Mental health of adolescents <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Zimmerman, D. (2012). Etimologia dos termos psicanalíticos. *Artmed*

MIGRAÇÃO INVOLUNTÁRIA SOB A PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

INVOLUNTARY MIGRATION FROM THE PERSPECTIVE OF PSYCHOANALYSIS: A LITERATURE REVIEW

Raelly Beatriz Gomes Benetti¹, Eliane Domingues², Lucienne Martins-Borges³

Resumo

O objetivo deste artigo é conhecer os impactos psíquicos da migração involuntária e levantar quais conceitos são empregados para compreensão dessa vivência pela perspectiva da psicanálise, em artigos publicados no Brasil, nas bases de dados *Scielo* e *Pepsic*. Foram selecionados vinte e quatro artigos que foram lidos na íntegra e analisados, o que resultou na discussão de cinco temas: cultura e diferenças culturais; discurso social; luto; trauma e dispositivos clínicos de acolhimento. Concluímos que o luto é um trabalho necessário diante das recorrentes perdas envolvidas na migração, cuja vivência pode adquirir um potencial traumático para o sujeito. Além disso, identificamos que as diferenças culturais e o discurso social sobre o migrante impactam em suas possibilidades de ser e pertencer ao novo país. Por fim, identificamos alguns dispositivos clínicos de escuta ao imigrante, e os apresentamos como forma de refletir sobre as contribuições da psicanálise para o atendimento dessa população.

Palavras-chave: Acolhimento, cultura, imigrante, luto, trauma.

Abstract

The aim of this article is to find out about the psychological impacts of involuntary migration, and as what concepts are used to understand this experience from the perspective of psychoanalysis, in articles published in Brazil, in the *Scielo* and *Pepsic* databases. Twenty-four articles were selected, read in full and analysed, resulting in a discussion of five themes: culture and cultural differences; social discourse; mourning; trauma and clinical reception devices. We concluded that mourning is a necessary task in the face of the recurrent losses involved in migration, the experience of which can acquire a traumatic potential for the subject. In addition, we identified that cultural differences and the social discourse about migrants have an impact on their possibilities of being and belonging in the new country. Finally, we identified some clinical devices for listening to immigrants, and we present them as a way of reflecting on the contributions of psychoanalysis to the care of this population.

Keywords: Reception, culture, immigrant, mourning, trauma.

¹ Mestre pela Universidade Estadual de Maringá.

Contato: raellybeatriz@hotmail.com

² Doutora. Professora na Universidade Estadual de Maringá.

Contato: edomingues@uem.com.br

³ Doutora. Professora na École de travail social et de criminologie na Université Laval.

Contato: lucienne.martin-borges@tsc.ulaval.ca

Editor-associado: Ana Carolina Cordeiro Alves

Recebido em: 20/06/2024

Aceito em: 28/03/2025

Publicado em: 04/08/2025

Citar: Benetti, R. B. G., Domingues, E., & Martins-Borges, L. (2025). Migração involuntária sob a perspectiva da psicanálise: uma revisão de literatura. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 13(1), 117-137.

Introdução

As motivações que levam uma pessoa a migrar são várias. No caso de migrações voluntárias, entre os motivos podem estar: o desejo de mudança e de construir uma vida melhor para si e sua família, busca de novas experiências, oportunidades de trabalho ou estudo, tratamentos de saúde, reencontro familiar etc. Já quando as migrações são involuntárias, essas ocorrem independentemente do desejo de mudança. As migrações forçadas ocorrem pela presença de um elemento externo, coercivo, que oferece ameaça à integridade física ou emocional do sujeito. Esse tipo deslocamento, compreende as migrações motivadas por conflitos, guerras, ou ainda, por catástrofes naturais.

Os diferentes cenários de conflitos políticos, étnicos e sociais atuais criam conjunturas sociais marcadas por violência, conflitos, perseguições e graves violações de direitos humanos, as quais impulsionaram o fenômeno migratório involuntário. De acordo com as últimas informações do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados ([ACNUR], 2023), os números de migrações involuntárias ao redor do mundo somaram mais de 108,4 milhões de pessoas em deslocamento forçado no ano anterior. No Brasil, há cerca de 1,5 milhões de imigrantes, dos quais aproximadamente 650 mil são refugiados ou solicitantes de refúgio, segundo dados publicados pela Câmara dos Deputados em agosto de 2023 .

Deixar seu país como uma estratégia de sobrevivência pode ter uma conotação traumática para quem o vivencia. Além disso, a desproteção também pode estar presente no trânsito de um país a outro. Pela urgência da partida, muitas vezes pouco planejada e com trechos realizados a pé ou por rios, são diversos os riscos do trânsito, tanto à saúde quanto ao risco de violência e exploração entre populações (Grigorieff & Macedo, 2018).

Por fim, quando o traslado se finda e chega-se ao novo país, chega também o momento de enfrentar os impasses e conflitos a respeito do lugar de estrangeiro naquele território. No país de destino o sujeito encontra-se diante de outra cultura, diferente daquela do país de onde vem e com a qual precisa se articular. Portanto, migrar não tange somente ao deslocamento geográfico de determinado sujeito, mas também a um deslocamento de sua própria posição subjetiva dentro da dinâmica social. Assim, além dos desdobramentos relacionados ao deslocamento territorial, também há impactos inerentes à migração que são de natureza psíquica, social, cultural e política, e estas fronteiras podem ser tão difíceis de transpor quanto as geográficas (Mountian & Rosa, 2015).

Esses dados nos suscitam reflexões acerca das repercussões psíquicas dessas experiências para o sujeito. A psicanálise, sobretudo nos estudos que abordam as relações entre cultura, sociedade e psiquismo, nos fornece bases para pensar os impactos psíquicos que as experiências de deslocamento forçado podem provocar no sujeito. Esse conhecimento se mostra importante para propor reflexões

sobre as formas de oferecer o acolhimento e tratamento a essa população, que sejam sensíveis às suas particularidades.

Diante disso, esse trabalho teve como objetivo levantar como os estudos psicanalíticos publicados no Brasil discutem os aspectos psicológicos envolvidos nas migrações involuntárias. Em outras palavras, buscamos identificar quais as contribuições esses trabalhos nos fornecem para pensar de que maneiras a experiência de um deslocamento forçado pode impactar um imigrante. Para isso, realizamos uma revisão de literatura, a fim de identificar os principais conceitos psicanalíticos utilizados para discutir sobre as migrações involuntárias, sobre as repercussões emocionais que as perdas e mudanças decorrentes dessas migrações podem causar ao sujeito, assim como, identificar as propostas de acolhimento e escuta dos imigrantes a partir de uma perspectiva da psicanálise.

Método

Uma pesquisa de revisão de literatura objetiva levantar os estudos existentes a respeito de determinado assunto, a fim de apresentar as discussões realizadas sobre ele, além de propor diálogos entre os autores que se debruçam sobre uma temática. De acordo com Zanotti & Miura (2020), para isso organiza-se, esclarece e resume as principais pesquisas sobre um tema, fornecendo um panorama do estado atual do conhecimento produzido sobre ele; neste trabalho, sobre os impactos da migração involuntária à luz da psicanálise em estudos publicados no Brasil.

Para essa pesquisa, inspirada na modalidade de revisão sistemática, realizamos uma busca nas bases de dados *Scielo* e *Pepsic*, escolhidas por serem bases nacionais, gratuitas e por apresentarem as principais revistas de psicologia do Brasil. Definimos as buscas a partir do problema de pesquisa, isto é, identificar quais as contribuições da psicanálise para apreender os impactos psíquicos da migração involuntária. Desse modo, as buscas foram feitas utilizando as palavras-chave “imigração”, “migração” e “refúgio”, cada uma delas combinadas com as palavras-chave “psicanálise”, “etnopsicanálise”, “clínica transcultural” e “clínica intercultural”; somando doze combinações pesquisadas.

A busca, realizada no ano de 2022, localizou 166 artigos diferentes; desses, 140 foram desclassificados pelos critérios de exclusão, os quais foram: artigos publicados antes de 2012 (17); “imigração voluntária” (3), “interna” (1) ou de “retorno ao país de origem” (3); uso da palavra-chave aplicada a outro contexto (44); “ênfase em populações específicas” (crianças, adolescentes, estudantes, população LGBTQIAP+) (6), “estudo sobre produção artística” (2), “entrevista” (2), “estudos não psicanalíticos” (66). Foram selecionados 24 artigos de acordo com os critérios de inclusão, isto é, publicados em português entre os anos de 2012 e 2022, que abordavam uma perspectiva psicanalítica sobre o fenômeno migratório involuntário e refúgio. Vale ressaltar que estes artigos foram identificados, em um primeiro momento, a partir da leitura de seus resumos, bem como

pelas referências bibliográficas. Estes, dispostos a seguir, por ordem de publicação, dos mais recentes aos mais antigos:

Tabela 1: Artigos da revisão de literatura sobre psicanálise e migração

Título	Autores	Publicação	Ano
Dimensões da clínica psicanalítica com migrantes em urgência social: a rede transferencial.	Seincman, P. A., Rosa, M. D	Psicologia em Estudo, 26.	2021
Clínica Transcultural: o exercício de uma psicanálise decolonial.	Silva, M. M. S	Jornal da Psicanálise, 54(101).	2021
(Des)Subjetivação, migração e refúgio: reflexões psicanalíticas.	Dal Forno C., Canabarro, R. C. S., Macedo, M. M K.	Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, 24(1).	2021
O que é uma fronteira hoje?	Cocconi, A.	Ide(São Paulo), 43 (71)	2021
Escuta psicanalítica de imigrantes: uma proposta clínica.	Dias, W. N.	Ide (São Paulo), 42(69)	2020
De uma clínica do refúgio: violência, trauma e escrita.	Kehl, M., Fortes, M. I.	Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 22(3).	2019
Migração Haitiana: o sujeito frente ao (re)encontro com o excesso.	Nüske, A. G. G., Macedo, M. M. K	Psicologia USP, 30.	2019
A clínica transcultural: cuidando da parentalidade no exílio.	Borges, T. W., Peirano, C., Moro, M. R	Estudos de Psicologia (Campinas), 35(2).	2018
Reconstrução em Movimento: Impactos do Terremoto de 2010 em Imigrantes Haitianos.	Barros, A. F. O., Martins-Borges, L	Psicologia: Ciência e Profissão, 38(1)	2018
Singulares deslocamentos na experiência psíquica de migrar.	Grigorieff, A. G., Macedo, M. M. K	Psicologia Clínica, 30 (3)	2018
Os errantes, um desafio para a psicanálise: uma clínica da errância?	Koltai, C.	Revista Brasileira de Psicanálise, 52 (3)	2018

Do olhar à palavra: (des)encontro com o outro.	Gomes, C. G., et al.	Revista Brasileira de Psicanálise, 51(1).	2017
Pátria, mátria, fátia: construção da geografia emocional.	Melícias, A. B.	Revista Brasileira de Psicanálise, 51(1)	2017
Parentalidade e diversidade cultural.	Moro, M. R.	Revista Brasileira de Psicanálise, 51(2)	2017
Imigração, tempo e esperança.	Delouya, D.	Revista Brasileira de Psicanálise, 51(1)	2017
Sobre a melancolização do exílio.	Indursky, A. C., Oliveira, L. E. P.	Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 19 (2)	2016
Trabalho psíquico do exílio: o corpo à prova de transição	Indursky, A. C., Conde, B. S.	Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, 18(2)	2015
Impasses no atendimento a assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental.	Knobloch, F.	Psicologia USP, 26(2)	2015
Clínica Intercultural: a escuta da diferença.	Martins-Borges, L., Jibrin, M., Barros, A. F. O.	Contextos Clínicos, 8(2)	2015
Psicoterapia transcultural da migração.	Moro, M. R. (2015)	Psicologia USP, 26 (2).	2015
O outro: análise crítica de discursos sobre migração e gênero.	Mountian, I., Rosa, M. D.	Psicologia USP, 26 (2)	2015
Do relatório ao relato, da alienação ao sujeito: a experiência de uma prática clínica com refugiados em uma instituição de saúde	Saglio-Yatzimirsky, M-C.,	Psicologia USP, 26 (2)	2015
A construção de uma clínica psicanalítica para migrantes.	Carignato, T. T.	REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 21 (40)	2013

Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica.	Martins-Borges, L., Pocreau, J-B.	Estudos de Psicologia (Campinas), 29 (4).	2012
--	--------------------------------------	--	------

Os artigos foram lidos na íntegra, fichados e analisados. Neste processo, buscamos identificar os objetivos, o método, o tema central do artigo, os principais conceitos apresentados, bem como seus principais resultados e conclusões. A partir dessa leitura, identificamos aqueles textos cuja discussão tangenciou os aspectos psicológicos de imigrantes involuntários, e identificamos quais conceitos foram utilizados para abordá-los. Depois, destacamos os temas que foram recorrentes e selecionamos quatro deles, cuja relevância se expressou também por versarem sobre os impactos psíquicos da migração involuntária e refúgio, indo, portanto, ao encontro do objetivo desta pesquisa.

A respeito da construção das discussões, vale apontar que em alguns casos, mais de um conceito foi apresentado e discutido em um mesmo artigo; por isso, há artigos que figuram em mais de uma discussão proposta. Os temas discutidos são: 1- “Cultura e diferenças culturais”; 2- “O discurso social sobre o imigrante”; 3- “Luto”; 4- “Potencial traumático da migração” e 5- “Dispositivos clínicos de acolhimento ao imigrante”. Este último, embora não seja relacionado ao deslocamento forçado em si, contribui para refletir sobre práticas clínicas, isto é, de acolhimento, escuta e tratamento psicológico, que auxiliam os sujeitos no enfrentamento das dificuldades que encontram neste percurso.

Cultura e diferenças culturais

O imigrante é alguém que se desloca de seu país para outro, saindo de um contexto cultural familiar para um desconhecido. A mudança em relação à cultura pode impor impactos psíquicos a esse sujeito uma vez que não se pode pensar na existência do ser humano fora da cultura. Essa questão foi levantada e discutida por Cicconi et al (2021), Silva (2021), Dias (2020), Barros & Martins-Borges (2018), Melícias (2017), Moro (2017) Martins-Borges, Jibrin & Barros (2015), Moro (2015) e Martins-Borges & Pocreau (2012).

Segundo Moro (2015), a cultura é um sistema de compreensibilidade transmitido aos sujeitos que a compartilham. Esse sistema engloba uma língua e conjuntos de conhecimentos, hábitos e tradições, tocando nas formas de fazer arte, nas formas de parentesco, além de modos de criar, de produzir, de cuidar e de se relacionar, por exemplo. Assim, a cultura fornece um repertório de significações que os sujeitos utilizam para decodificar as experiências que vivem, dar sentido e significado a elas e construir sua leitura do mundo. Em resumo, a cultura fornece modos de apreender aquilo que está na realidade ao seu redor.

Esses elementos, que constituem as representações culturais de cada sujeito inserido em um laço social, se apresentam tanto como organizador daquela sociedade, quanto promovem um regulamento social da subjetividade. Há, portanto, um aspecto constitutivo da cultura sobre a estruturação do psiquismo humano, uma vez que ela oferece aos sujeitos um sistema de valores, rituais e discursos que funcionam como codificação cultural de suas experiências. Em outras palavras, cada psiquismo se estrutura na singularidade da cultura na qual o sujeito está inserido (Dias, 2020; Martins-Borges & Pocreau, 2012).

A cultura ensina a ler o mundo, ela também orienta o modo como o sujeito se expressa nele, estando relacionada com a expressão da subjetividade individual. Nesse sentido, vemos que há, ainda, um aspecto identitário na cultura. Algumas características sensoriais e culturais se tornam intrínsecas no desenvolvimento dos sujeitos e, assim, caracterizam um povo. O conjunto de representações culturais auxilia o sujeito na estruturação de sua identidade, na manutenção dessa e nas possíveis transformações posteriores, dando possibilidades de como ser e estar no mundo. A subjetividade de um sujeito, sua identidade e os meios de perceber, de se expressar e se relacionar com o outro e com o mundo ocorre por meio desses códigos culturais, uma vez que esses são a interface entre o mundo individual e o mundo coletivo (Barros & Martins-Borges, 2018; Moro, 2015).

Quando o sujeito está em sua cultura de origem, familiar, tem maiores recursos para compreender e significar suas experiências, relações e vivências, além de ter mais ferramentas para o enfrentamento de conflitos psíquicos e situações difíceis que puderem experienciar., entendemos também que não é tão simples se estabelecer em um ambiente cultural diferente do que lhe é familiar. Ao migrar, o sujeito vivencia não somente a distância em relação a seu território de origem, como também vive uma ruptura com o quadro cultural no qual se desenvolveu e se formou e que, até então, oferecia referências simbólicas e identitárias importantes para sua sustentação psíquica (Silva, 2021). As diferenças culturais, linguísticas, de costumes, entre outras, muitas vezes se mostram como barreiras para a adaptação e inserção do sujeito nesse novo meio social. Melícias (2017, p. 68) nos explica pela via da experiência: ao narrar sua própria migração, conta que se sentia “estrangeira na cidade, na cultura, na comida, no clima, nas relações sociais e seus códigos sutis, nas diferenças da própria língua que desembocavam sempre na ‘piada do português’, abalando a autoestima identitária ainda em construção e colocando em xeque o desejo de integração plena”.

Ao encontrar-se em outro país, o sujeito se defronta com uma língua que difere da sua própria, assim como são outras as leis, os costumes, os papéis sociais e as expressões culturais e religiosas (Martins-Borges, Jibrin & Barros, 2015). No processo migratório acontece uma desarticulação com o quadro cultural que sustentava o psiquismo, havendo também uma necessária rearticulação com outra cultura, até então desconhecida. Nesse sentido, ocorre um enfraquecimento entre a

comunicação do mundo interno e externo do sujeito, o que fragiliza sua identidade social e afetiva, além de provocar uma temporária instabilidade identitária e de pertencimento (Cicconi et al., 2021).

Diante do afastamento cultural, do universo simbólico implicado nele e dos laços e papéis sociais que estavam estabelecidos no país de origem, pode surgir um sentimento de desenraizamento, mencionado por Cicconi et al. (2021), Indursky & Conde (2015) e Kehl e Fortes (2019). Esse sentimento relaciona-se às incertezas da migração, bem como a perda de referências culturais e territoriais, como traços e rotas da cidade, casa de conhecidos, amigos, além de referências culturais e afetivas, como músicas e ritmos, paisagens, entre outros. Com o enfraquecimento das tradições de sua cultura, há a sensação de perda de parte de suas características de origem, além de uma fragilização de bagagens interpretativas e explicativas da realidade (Borges, Peirano & Moro, 2017; Melícias, 2017).

Devido ao caráter abrupto da migração involuntária, os sujeitos levam pouco do que caracteriza sua identidade, como objetos e itens do cotidiano, seus hábitos, profissão e rede de apoio. Além disso, nestes casos, a cultura que é constituinte de seu mundo interno, além de estar ausente, também foi a que traiu, atacou e destruiu. Dessa forma, o desenraizamento parece acentuado (Indursky & Conde, 2015): ao mesmo tempo em que seu território não o protegeu, foi ele também que o expôs a riscos, a ameaça e à possibilidade de destruição (Martins-Borges, Jibrin & Barros, 2015).

A fragilização das tradições sociais e seus aspectos identitários podem enfraquecer os códigos e recursos que auxiliavam o sujeito na leitura e significação de suas experiências. Além disso, dos referenciais que ajudam na elaboração de suas vivências, sobretudo as difíceis e que requerem algum tipo de enfrentamento. Isso pode ocasionar uma vulnerabilidade psíquica diante das adversidades, tornando os impasses do processo migratório mais difícil de elaborar (Silva, 2021).

O discurso social sobre o imigrante

O discurso social é um conceito lacaniano que foi utilizado para pensar nos impactos psíquicos da migração por Seincman e Rosa (2021), Dias (2020), Mountian e Rosa (2015) e Saglio-Yatzimirsky (2015). Nestes textos, as autoras apresentam casos sobre os quais se debruçaram, lançando luz ao discurso social que incide sobre o imigrante e ao sofrimento sociopolítico relacionado à migração.

Mountian e Rosa (2015) argumentam que pelo fato do humano nascer em condição de desamparo e pressupor uma relação de dependência do outro no princípio de seu desenvolvimento, a existência, o cuidado e a voz do outro são condições indispensáveis para a vida humana e é no seio dos vínculos em que um indivíduo se torna um sujeito. Isso porque as instâncias psíquicas se constroem através dos discursos que o atravessam, e das posições discursivas nas quais ele é colocado, carregado do imaginário dos grupos sociais aos quais está inserido. Assim, o sujeito constitui-se como tal atendendo a forma como é representado dentro do contexto no qual se encontra e a forma pela qual é reconhecido e legitimado pelo outro impacta na construção de si (Seincman & Rosa, 2021).

Aqui se insere a ideia de discurso. Seincman e Rosa (2021) explicam que as instâncias psíquicas se constroem através dos discursos que atravessam o sujeito, carregados do imaginário dos grupos sociais e por onde circulam crenças, valores e tradições. Assim, o discurso é anterior e externo aos sujeitos, mas os determinam em certa medida, por servirem como base para a construção de si (Dias, 2020). Diante disso, os discursos sociais que engendram o imigrante impactam na percepção de si e nas possibilidades de laço social.

Mountian e Rosa (2014) e Saglio-Yatzimirsky (2015) abordam os símbolos que são incorporados ao discurso social sobre o imigrante. As autoras afirmam que lhes são atribuídos símbolos daquele que vem de fora, que sai da periferia rumo ao centro, deslocando-se de um lugar de menor valor para um lugar mais valorizado. Além disso, o imigrante pode ser visto pela comunidade na qual se insere ocupando uma posição determinada, de alguém que não o pertence. Assim, ao mesmo tempo em que está próximo, também é estranho aos demais.

Quando esses são os discursos que perpassam a comunidade do país de acolhida, pode ocorrer pouca ou nenhuma integração. Pelo contrário, pelo imigrante ser identificado como aquele que carrega uma diferença, podendo haver um processo de segregação, ratificando uma posição de estranho e desconhecido em detrimento da posição de conhecido e familiar, ocupado pela comunidade local. Dessa maneira, pode se criar uma divisão entre “eles”, os imigrantes, e “nós”, os membros da comunidade local. De acordo com Mountian e Rosa (2014), o discurso que incide sobre o imigrante frequentemente o coloca em uma posição de estranho, desviante ou inimigo, alguém que pode ameaçar a organização social. Essa população encontra-se, muitas vezes, não somente em posição de exclusão do laço social, como também são cercadas de discursos que naturalizam ou justificam essa exclusão. Dias (2021) indica que o imigrante pode ocupar, ainda, um lugar de trânsito, provisório e de resto no discurso social; ou ainda, ser-lhe atribuído um papel de vítima ou fetichizado, sendo visto como exótico. De qualquer forma, discursos que tangem a essa população podem colocá-los em posições objetificadas, submissas ao outro no laço social (Seincman & Rosa, 2021).

Essas representações que são feitas do imigrante podem colocá-lo em um estado de alienação de si. Os discursos podem ser alienantes, pois incidem no campo social e, conseqüentemente, no sujeito, impactando seu discurso de si e as representações sobre a trama discursiva na qual está envolto. Além disso, o discurso social pode colocar o imigrante em uma condição de aprisionamento à figura e ao papel ao qual é reduzido: imigrante, refugiado, vítima, suspeito. Com isso, o sujeito pode vir a se fixar ou ser fixado nos discursos que o colocam nessas posições. Para Seincman e Rosa (2021), esses discursos podem ser vividos como violência, pois, imputam a “uma falsa colocação no laço social, pois se colam ao sujeito naquilo que ele pode ser ou querer” (p. 9). Dessa forma, pode haver uma

renúncia, abandono ou perda do senso de identidade. Isso pode acabar por submetê-lo a um sentimento de inconsistência, descontinuidade e não pertencimento (Saglio-Yatzimirsky, 2015).

Ao ser colocado nestas posições – estranho, provisório, resto, ameaça – o sujeito pode ser atravessado por essa trama discursiva e agir a partir dela. Para Dias (2021), isso pode instalar no imigrante uma dívida, tanto econômica quanto, sobretudo, simbólica. Assim, uma saída possível para esse sujeito é se colocar na condição de sacrifício, ou ainda, agir de modo a anular o que o distingue da comunidade como uma forma de ser melhor visto e aceito.

É possível que, por outro lado, a alteridade do imigrante seja desconsiderada em um tipo de discurso que anula a diferença. Há um apagamento de sua condição alteritária e o sujeito pode tornar-se invisível e indiferente para a comunidade aonde chega. A problemática envolvida nessa situação é a desconsideração pelo que há de particular a cada sujeito. Mais uma vez, isso o descaracteriza. É mediante um não anulamento do imigrante em sua diferença, e diante de respeito a sua singularidade e alteridade que o sujeito pode preservar sua identidade e se relacionar de forma mais autônoma e autêntica com os outros e com o mundo (Mountian & Rosa, 2015).

Luto

A migração leva o sujeito para longe de quase tudo que lhe é familiar e conferia sentido a sua vida. Por essa razão, perdas importantes são intrínsecas à migração e algumas rupturas são inevitáveis, sobretudo nas migrações involuntárias, quando é preciso partir sem planejar-se e, assim, levando pouco de si consigo. O luto vivenciado pelo imigrante foi abordado por Nüske & Macedo (2019), Grigorieff e Macedo (2018), Delouya (2017), Melícias (2017), Indursky e Oliveira (2016), Indursky e Conde (2015) e Knobloch (2015).

Ao deixar o seu país, o imigrante deixa também pessoas amadas, como seus pais, irmãos, filhos e amigos; deixa seu trabalho, bem como a posição social que ocupava desenvolvendo essa atividade laboral; igualmente, deixa um projeto de vida planejado até então. O imigrante perde também seu território e suas identidades culturais, que caracterizavam sua identidade e que o ajudavam a se orientar no mundo. Essas perdas são narradas por Melícias (2017, p. 66), ao apontar que no processo de migração “desaparecem todas as referências externas (cidade natal, casa, amigos...), (...) todas as referências afetivas (ritmos, temperatura, paisagens, sensorialidade, cultura...)”.

Essas diferentes situações de perdas trazem ao imigrante a vivência de um sofrimento. Assim, o confronto com o desconhecido, decorrente da entrada do imigrante em outro território exige um trabalho de luto: “a administração de necessários desinvestimentos relativos ao que se deixa, bem como o trabalho exigido de investimentos em novos projetos e novas relações” (Grigorieff & Macedo, 2018, p. 489).

Indursky e Conde (2015) e Indursky e Oliveira (2016) discutem a difícil elaboração do luto quando o processo de migração involuntária é marcado por violências. De acordo com os autores, uma migração atravessada por situações abruptas e que oferecem riscos à integridade física de um sujeito pode provocar uma ruptura em seu refúgio psíquico, sensação de assujeitamento e redução de sua realidade psíquica a esse sofrimento. Dessa maneira, o imigrante podem vivenciar forte sentimento de angústia, medo e adentrar em um estado de melancolia. Já Melícias (2017) discute que essas perdas abruptas podem ser fraturantes do psiquismo, pois somam incertezas à vida psíquica do sujeito ao fazer ruir alguns alicerces internos, como os garantidos pelos rituais e rotina já estabelecidos e projeções feitas.

Contudo, ao mesmo tempo em que o deslocamento leva o sujeito a se afastar do local no qual estão suas fontes de segurança, esse também é o local qual lhe oferece risco. Diante disso, o sujeito se vê sob a necessidade de desinvestir de um lugar que apesar de lhe ser querido, familiar, é também danoso. Por outro lado, o imigrante precisa poder investir no novo país para onde se desloca; mas esse, ao mesmo tempo em que lhe oferece a possibilidade de proteção e novas oportunidades, também pode trazer dificuldades, tensões e inseguranças. Isso faz desse luto um processo complexo e que carrega um caráter ambivalente. A ambiguidade desse luto reside no impasse entre os possíveis benefícios e problemáticas envolvidos em migrar e se estabelecer em um novo país (Delouya, 2017).

O ato de se lançar ao desconhecido, deixando para trás o que costumava lhe conferir segurança, é adotado pelo imigrante a partir da esperança de alcançar melhores possibilidades de sobrevivência e vida. Quando as circunstâncias na chegada ao novo país são favoráveis e o sujeito pode contar com acolhida, integração social, cultural e laboral, há maiores condições de o reinvestimento libidinal nesse novo contexto ser realizado. Isso acontece porque o sujeito percebe que aquilo que perdeu ao deixar seu país de origem pode ser, de alguma maneira, reconquistado no novo local onde se encontra. Contudo, quando os desdobramentos de sua inserção no novo meio social ocorrem com extensas dificuldades de adaptação linguística, sociocultural e econômica, por exemplo, o sujeito podem vivenciar a percepção de que essa esperança, construída sobre o mundo novo, não se concretiza (Delouya, 2017). Isso acontece, sobretudo, quando o sujeito vivencia “situações de labilidade ou de hostilidade do meio, que podem impedir a elaboração do luto das perdas vividas” (Knobloch, 2015, p. 171). Assim, as incertezas e inseguranças se intensificam e impactam no projeto de inserir-se e investir nesse novo lugar.

Em relação a esse processo de luto, o sentimento diante do rompimento, com os vínculos que mantinha com sua terra e com as pessoas que o acompanharam pela vida, pode ser de nostalgia e desenraizamento. Quando o sujeito cultiva de forma idealizada essa nostalgia referente ao seu país, tomando suas memórias como ideais, pode apresentar uma dificuldade na reestruturação de sua nova

vida e prolongar o processo de luto. Contudo, quando é possível manter uma relação positiva com as memórias e vivências deixadas no país de origem, o luto pode ser melhor vivenciado e elaborado (Calvo, 2005). Isso porque no trabalho de elaboração do luto também está implicado a alma do imigrante em relação aos investimentos de origem, deve-se a esses elos – o ambiente de origem com seus espaços, suas paisagens, seus sentidos e tons e o sabor de sua língua – que constituem o seu corpo, fontes essas que permitem ao imigrante lidar e se tornar criativo no embate com o novo meio (Delouya, 2017, p. 82).

Para a elaboração das perdas é fundamental que se possa contar com recursos psíquicos e culturais, como também com a criação e fortalecimento de redes de apoio e integração social, além de condições de vida favoráveis no local ao qual se chega. Isso porque, ainda que os conteúdos culturais e sociais de pertença sejam necessários para auxiliar o sujeito a lidar com as situações que lhe ocorrem, também deve ser possível desinvestir do lugar que foi deixado para reinvestir no lugar aonde se chega (Grigorieff & Macedo, 2018).

Estar em um novo país coloca o sujeito a repensar a questão sobre quem ele é e o que foi deixado para trás, bem como o convoca a projetar-se no que há porvir. A elaboração dos lutos se dá pelo equilíbrio entre assimilar o novo e elaborar o que ficou para trás. É um trabalho complexo a ser realizado pelo imigrante que, ao atravessar o processo de luto, deve realizar uma integração entre seu passado, presente e futuro. Assim, por meio dessas elaborações pode ser possível propor uma narrativa que dê coesão às rupturas e seja possível tecer novos seguimentos (Calvo, 2005; Melícias, 2017). Para Grigorieff e Macedo (2018), é no delicado e sutil equilíbrio entre o desinvestimento e reinvestimento que o sujeito pode se colocar novamente na realidade. Diante das possibilidades criativas decorrentes do trabalho elaborativo do luto o sujeito pode ser liberto de uma condição de vítima e podem ser abertas perspectivas de construção de uma nova autonomia e de novos investimentos no devir.

Potencial traumático da migração

O rompimento de um sujeito com o seu ambiente de referência pode ser causador de sofrimento psíquico por diferentes motivos, dos quais já destacamos alguns. Contudo, a magnitude do sofrimento e das repercussões e impactos psicológicos e na saúde mental está relacionada também ao impacto das vivências e de como elas são representadas e elaboradas no psiquismo de cada um. Em outras palavras, o sofrimento está relacionado, dentre outros, a quão traumática foi a experiência do sujeito imigrante. Sobre o traumático na migração, nós destacamos os artigos de Dal Forno, Canabarro & Macedo (2021), Silva (2021), Dias (2020), Kehl & Fortes (2019), Koltai (2018) e Indursky & Oliveira (2016).

No país de origem, a exposição a violências físicas e morais, como perseguições e ameaças, configura um possível trauma, em especial nos casos em que há um real risco de morte (Indursky & Oliveira, 2016). Em algumas migrações involuntárias a brutalidade e risco iminente estão ausentes, contudo, há a vivência de outras situações que expõem o sujeito à vulnerabilidade e angústia. Kehl e Fortes (2019) destacam como a precariedade e a exclusão econômica e social também são elementos que podem ser traumáticos, assim como são o desabrigo, a fome e a falta de condições de sobrevivência.

O contexto de catástrofe social oferece risco a autoconservação e a preservação do Eu de um sujeito. De acordo com Dal Forno, Canabarro e Macedo (2021), o risco à autoconservação consiste naqueles que expõem o sujeito a ameaças a sua vida ou suprimem as condições de atender suas necessidades básicas de sobrevivência. Já a preservação do Eu, diz respeito às situações nas quais o Eu, diante dos excessos, “encontra-se em risco de desmantelamento no que diz respeito aos enunciados identificatórios que o constituem em sua dimensão subjetiva” (Dal Forno, Canabarro & Macedo, 2021, p.16). Em suma, essas situações que estão relacionadas ao contexto migratório podem ser traumáticas por atentar contra a integridade física e psíquica do sujeito.

Além dessas vivências de violência no país de origem, a ocorrência de outras manifestações hostis no país de chegada também pode ser vivida como traumatizantes (Kehl & Fortes, 2019). Silva (2021) destaca que há um potencial traumático nas possíveis barreiras encontradas no país de destino. Essas podem ser socioeconômicas, como a dificuldade em adquirir renda e moradia, dificultando o acesso a melhores condições de subsistência, bem como podem ser socioculturais, tais como a língua e as barreiras sociais e culturais. Além disso, as condições de recepção nem sempre se mostram favoráveis, podendo sujeitar o imigrante às vivências de discriminação, xenofobia, racismo e marginalização, como já mencionado. Dias (2020, p. 161) discute o conceito de trauma como “algo que está fora do sentido e da significação e que indica o lugar ocupado pelo sujeito na trama social, sentido frequentemente como um lugar de resto”. Assim, tanto são difíceis as vivências, como o é a reorganização interna necessária ao sujeito para superá-las.

Aqui, as condições de reação e enfrentamento do imigrante precisam ser pensadas. Isso porque a elaboração destas violências pode ser dificultada pelo sujeito estar em um lugar cujos códigos culturais e sociais são desconhecidos e onde precisa empreender trabalhos em direção a se estabelecer naquela organização social, encontrar habitação, trabalho, ter acesso a saúde, aprender a língua, etc (Indursky & Oliveira, 2016). A esse ponto, a ruptura com o quadro cultural, já mencionada anteriormente neste artigo, demonstra sua importância. Para Moro (2015), os eventos com potencial traumático, vividos no período migratório podem sê-lo ainda mais em decorrência da ausência dos referenciais culturais para significá-los.

Para Koltai (2018, p. 69) “o trauma se refere menos aos horrores vividos do que à sensação de ter sido traído pelos seus, e que a falta de palavras remete menos à possibilidade de dizê-las do que à ausência de alguém para escutá-la”. Nesse sentido, entendemos que situações traumáticas podem elaboradas na medida em que o sujeito encontra possibilidades de expressar os afetos mobilizados ao vivê-las. É preciso poder dizer e atribuir significado ao que lhe ocorreu. Kehl e Fortes (2019) retomam essa ideia de que o trauma é aquilo que está alheio à atribuição de sentido e discutem como isso pode ocorrer para o sujeito em deslocamento. Os imigrantes podem enfrentar dificuldades na transmissão das dores de suas vivências à medida que, em muitas vezes, tem uma invisibilidade imposta sobre si, uma não colocação no laço social, ao passo em que tem muito de si, como sua história, identidade e cultura, é desconsiderado no discurso do outro (Seincman & Rosa, 2021).

Dispositivos clínicos de acolhimento ao imigrante

Tocamos em quatro temas que articulam psicanálise e a migração involuntária, destacados da revisão de literatura, com o intuito de pensar sobre alguns impactos psíquicos da migração. Também, observamos a recorrência de artigos que discorreram sobre as práticas clínicas junto à população imigrante, apontando para as particularidades no atendimento desses sujeitos. Estes, abordados por Silva (2021), Borges, Peirano e Moro (2018), Moro (2015), Martins-Borges, Jibrin & Barros (2015) e Martins-Borges e Pocreau (2012), que tangenciam a clínica transcultural e intercultural com imigrantes e refugiados. Seincman e Rosa (2021) mencionam um dispositivo clinicopolítico e uma rede transferencial; e Gomes et al (2017) e Carignato (2013) relatam suas experiências em instituições socioassistenciais.

A prática clínica junto à população imigrante não segue um modelo único de intervenção. Diferentes autores destacam aspectos psicológicos e socioculturais diferentes na compreensão do fenômeno migratório involuntário e, assim, intervém também de forma diferente. Aqui, traremos uma breve discussão sobre os dispositivos de acolhimento apresentados nos artigos da revisão: a clínica intercultural e transcultural e o dispositivo clinicopolítico. Abordar as diferentes considerações teórico-práticas – pressupostos e modelos de intervenção – se justifica por tratarem de dispositivos de atendimento ao imigrante cujas diferenças nos permitem ampliar as possibilidades de pensar a escuta e o acolhimento dessa população.

As psicoterapias intercultural e transcultural se aproximam nos pressupostos e práticas, uma vez que ambas são fundamentadas na disciplina intitulada etnopsicanálise ou etnopsiquiatria, oriunda dos estudos e dos atendimentos desenvolvidos por Devereux. Elas têm suas atuações pautadas nos impactos que a cultura e, mais ainda, que o distanciamento da cultura de origem causa no psiquismo do sujeito. Aqui, as representações culturais do sujeito devem ser incluídas e valorizadas no interior do tratamento, e os recursos que a cultura do sujeito tem a oferecer para dar sentido ao sofrimento

do qual padece (Borges, Peirano & Moro, 2018; Martins-Borges & Pocreau, 2012; Silva, 2021). Isso porque as situações de desordem e o sofrimento podem vir a se acalmar na busca por esse sentido, ao tecer uma teoria e uma explicação, a partir de crenças e construções culturais, criadas pelos relatos e narrativas das experiências, de técnicas culturais de cuidado do corpo, alma e vínculo. De acordo com Moro (2015, p. 187), é importante definir “as teorias culturais sobre as quais cada um se apoia para sobreviver à dor e ao não sentido”.

Nesse dispositivo clínico as sessões de psicoterapia são organizadas em grupo, composto por uma equipe de terapeutas e coterapeutas, os quais são profissionais da área da psiquiatria, psicologia, enfermagem e assistência social, com formação em psicologia e psicanálise, além de estudarem antropologia, linguística e história. É preferível que estes profissionais tenham origem cultural e linguística diferentes entre si e que estejam familiarizados com diferentes sistemas culturais. O profissional que encaminha a família para atendimento também é convidado a participar das primeiras sessões. Elas podem contar, ainda, com um tradutor da língua e cultura do paciente, o qual atua apresentando práticas e fatos culturais que possam estar fora do conhecimento dos terapeutas e que estão presentes no sofrimento e sintoma do sujeito (Martins-Borges, Jibrin & Barros, 2015; Moro, 2015).

Silva (2021) destaca que na clínica transcultural a relação entre terapeutas e pacientes é horizontal, descentrada e não hierárquica entre culturas. O manejo diante da população imigrante deve ser capaz de ofertar aceitação e acolhimento das diferentes formas de alteridade cultural. Os terapeutas e coterapeutas devem se colocar de modo respeitoso em relação à alteridade do paciente e seus modos de agir, de fazer e de pensar o sofrimento, a doença e as vivências que relata (Borges, Peirano & Moro, 2018), além de conhecer e adaptar seu modo de pensar saúde e doença de acordo com o que é cultural daquele paciente. As análises realizadas sobre o funcionamento psíquico e sintomas do sujeito devem ser orientadas pela cultura do mesmo. De acordo com Martins-Borges, Jibrin e Barros (2015), o grupo de atendimento intercultural tem como principais funções o suporte psicológico e cultural e a restauração de importantes aspectos da identidade. Assim, o grupo funciona como ‘envelope cultural’ – que protege, contém e evita o face a face – o dispositivo promove um espaço de transição entre dois mundos que se aproxime da representação cultural das pessoas que ali são atendidas (Martins-Borges, Jibrin & Barros, 2015, p. 189).

Em resumo, os artigos destacam a necessidade de considerar a cultura de cada paciente nos atendimentos à população imigrante. A compreensão e o manejo dos casos, deve reconhecer o lugar privilegiado que deve ser atribuído aos conteúdos da cultura e à língua do sujeito, haja vista que eles estão no fundamento da expressão e compreensão de saúde, adoecimento e sofrimento do paciente (Martins-Borges & Pocreau, 2012; Moro, 2015).

Já o dispositivo clínico-político, mencionado por Seincman e Rosa (2021) atua com pessoas cujas más condições econômicas e materiais somam-se a discursos que colocam o sujeito em posição de objetificação, submissão ou exclusão. Nisso que chamaram de urgência social, o sujeito se encontra em um contexto de desamparo social e discursivo. As autoras consideram que diante do atendimento de um imigrante involuntário é preciso considerar os impactos que o campo social e cultural opera sobre sua saúde mental. O tratamento deve articular os aspectos psíquicos aos marcadores sociais e políticos envolvidos na migração involuntária. Assim, a escuta precisa ser orientada a partir de seu lugar histórico, social e político, considerando também os aspectos de raça, gênero e cultura, por exemplo. Assim, há de se atentar aos aspectos do campo sociopolítico e os discursos sociais que incidem sobre o imigrante (Mountian & Rosa, 2012).

Nos casos de urgência social o imigrante encontra-se em vulnerabilidade econômica, preocupando-se, em especial, com suas necessidades básicas, como alimentação, moradia, trabalho e renda, por exemplo. Por isso, pode deixar alheio às suas queixas o que toca nos aspectos de vínculos, desejos e planos. Muitas vezes, inclusive, o sujeito só consegue se relacionar com o meio social por meio desses aspectos burocráticos, “como se aquilo que se necessita não estivesse ligado à importância dos seus planos, dos desejos e da força que teve para superar as adversidades do caminho” (Seincman & Rosa, 2021, p. 3).

Ao considerar somente os aspectos do campo da concretude, o sujeito pode se ver impedido de pensar sobre seu sofrimento. Contudo, as questões psíquicas precisam ser consideradas para que uma demanda clínica seja construída. O analista deve poder olhar para além da face da necessidade, mas para a história do sujeito, suas relações, dores e desejos. Assim, possibilitando que esse também possa olhar para esses aspectos de si e, a partir disso, possa se colocar novamente no campo social e operar uma reconstrução de si. Em resumo, deve poder articular a esfera da necessidade e do desejo (Seincman e Rosa, 2021).

Buscamos em Rosa (2012) a definição de uma escuta clínico-política. Ela se orienta, a princípio, na direção de identificar “os laços sociais que atualizam os processos de exclusão em curso, e buscar reverter e inverter a direção das práticas, de modo a permitir a todos a elaboração de seu lugar na cena social” (p. 31). Esse trabalho objetiva romper com os possíveis silenciamentos destes que estão assujeitados aos discursos que, muitas vezes, não lhe autorizam uma condição de sujeito. Assim, o espaço transferencial de escuta e intervenção deve funcionar como um campo de compreensão da posição na qual o sujeito se situa no laço social, bem como espaço para mudança na posição subjetiva diante do outro (Seincman & Rosa, 2021).

O trabalho sob o viés clínico-político, fundamentado em constructos lacanianos, se articula ao campo dos discursos que circulam ou que se fixam ao sujeito. A proposta é a de sinalizar e intervir nas

formas de preconceitos e discriminações da ordem da classe social, de raça ou de gênero, auxiliando o sujeito a elaborar e se recolocar no laço social. Por meio da relação transferencial busca-se suscitar rupturas no que está posto no discurso social, produzindo novos discursos e novas posições subjetivas no campo social, orientando a construção de novas estratégias e formas de existência (Seincman & Rosa, 2021).

Vale apontar, por fim, que dos textos que foram levantados em revisão de literatura, houve aqueles que mencionaram os atendimentos à população imigrante sem especificar um dispositivo clínico pensado para essa finalidade. Isso significa dizer que o acolhimento ao imigrante também pode ocorrer em uma psicoterapia ou em instituições de saúde e assistência social, como mencionam Gomes, et al (2017) e Carignato (2013). As contribuições apresentadas aqui, contudo, trazem elementos importantes para a atuação do analista junto ao imigrante. Isso porque acreditamos que acessar estas teorias pode tornar o analista mais sensível às demandas particulares que existem no acolhimento e no tratamento de pacientes imigrantes.

Considerações finais

A proposta desse artigo foi, portanto, apresentar os resultados da revisão de literatura sobre os principais aspectos abordados no que tange à intersecção entre migração involuntária e psicanálise, em estudos publicados no Brasil.

Em primeiro lugar, destacamos a cultura e o discurso social como constitutivos do psiquismo humano. Ao oferecer uma série de símbolos, rituais e valores que possibilitam significar a sua experiência, o sujeito encontra na cultura fonte de aspectos subjetivos e identitários, os quais, por sua vez, são também protetivos, por indicar modos de se relacionar e lidar com pessoas e situações. Os autores apresentam algumas implicações afetivas e identitárias do afastamento do sujeito em relação a sua cultura, uma vez que o sujeito se vê distante dos códigos culturais que favoreciam a comunicação de seu mundo interno com o mundo externo.

Já os discursos sociais, por incidirem para a construção de si mesmo e sobre as formas pelas quais poderá haver relação entre o sujeito, o outro e o mundo, também apontam para possibilidades e impossibilidades de ser e estar do imigrante. A bibliografia nos aponta que costumam ocupar um lugar excludente no discurso e, conseqüentemente, no laço social, inviabilizando o sentimento de pertencimento ao país de destino.

Por levar o sujeito para longe de quase tudo o que lhe era familiar, o luto também é um tema importante no que toca aos deslocamentos, podendo levar o imigrante a vivenciar um sofrimento pela distância de seus objetos de amor e um abatimento e uma possível dificuldade em se interessar novamente pela vida. Os autores advertem, ainda, que em uma migração involuntária, cuja partida, deslocamento e inserção no novo território podem ocorrer sob a presença de violências, violações de

direitos humanos, medo e solidão podem ter uma conotação potencialmente traumática, tornando as dificuldades mais difíceis de serem elaboradas.

Diante do exposto, chegamos às considerações a respeito de um trabalho possível diante do sofrimento da população migrante. Esse tema foi escolhido, dentre todas as temáticas que poderiam compor esse trabalho, com o intuito de elucidar as possibilidades de atuação clínica junto a população migrante, apresentadas em uma série de artigos que tratam, sobretudo, de dois dispositivos clínicos: a clínica intercultural ou transcultural e o dispositivo clinicopolítico.

Consideramos que o fenômeno migratório demanda uma escuta atenta e fomentada a partir de uma compreensão teórica, como meio de balizar ações e trabalhos direcionados a essa população e é com base nisso que essa pesquisa se justifica. Esperamos, assim, suscitar o interesse de profissionais da saúde mental a pensar um acolhimento e um manejo que seja sensível às particularidades que envolvem as questões migratórias.

Referências

- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR). (2023). Global Trends Forced Displacement In 2022. <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022>
- Barros, A. F. O. & Martins-Borges, L. (2018) Reconstrução em Movimento: Impactos do Terremoto de 2010 em Imigrantes Haitianos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(1), 157-171. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003122016>
- Borges, T. W., Peirano, C., Moro, M. R. (2018) A clínica transcultural: cuidando da parentalidade no exílio. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 35(2), 149-158. <https://doi.org/10.1590/1982-02752018000200004>
- Calvo, V. G. (2005). El duelo migratório. *Trabajo Social*, 7, 77-97. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8477>
- Câmara dos Deputados. (2023, 31 de agosto). Debatedores apontam desafios de trabalhadores imigrantes e refugiados no Brasil. <https://www.camara.leg.br/noticias/993591-debatedores-apontam-desafios-de-trabalhadores-imigrantes-e-refugiados-no-brasil/>
- Carignato, T. T. (2013). A construção de uma clínica psicanalítica para migrantes. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21 (40). <https://www.scielo.br/j/remhu/a/RQ4nqq8nZH7DdM7dh3vxVpq/?lang=pt#>
- Cicconi, A.; Santilli, E.; Zamparini, E.; Barbieri, L.; Ferrero, L.; Giovannetti, M. F.; Orlando, M. P.; Giampà, M. & Coppola, P. (2021). O que é uma fronteira, hoje? *Ide*, 43(71), 98-103. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062021000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Dal Forno C., Canabarro, R. C. S., Macedo, M. M K. (2021). (Des)Subjetivação, migração e refúgio: reflexões psicanalíticas. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 24(1), 10-18. <https://doi.org/10.1590/1809-44142021001002>

- Delouya, D. (2017) Imigração, tempo e esperança. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(1), 75-84. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2017000100006
- Dias, W. N. (2020) Escuta psicanalítica de imigrantes: uma proposta clínica. *São Paulo: Ide*, 42(69), 459-168. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062020000100015
- Gomes, C. G. et al. (2017). Do olhar à palavra: (des)encontro com o outro. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(1), 114-122. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0486-641X2017000100009&script=sci_abstract
- Grigorieff, A. G. & Macedo, M. M. K. (2018) Singulares deslocamentos na experiência psíquica de migrar. *Psicologia Clínica*, 30(3), 471-492. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n03A04>
- Indursky, A. C., Conde, B. S. (2015) Trabalho psíquico do exílio: o corpo à prova de transição. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 18(2), 273-288. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982015000200008>
- Indursky, A. C., Oliveira, L. E. P. (2016) Sobre a melancolização do exílio. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(2), 242-258.
- Kehl, M., Fortes, M. I. (2019) De uma clínica do refúgio: violência, trauma e escrita. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 22(3), 520-539. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n2p242.4>
- Knobloch, F. (2015) Impasses no atendimento a assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicologia USP*, 26(2), 169-174. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140015>
- Koltai, C. (2018) Os errantes, um desafio para a psicanálise: uma clínica da errância? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 52 (3), 91-72. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2018000300005
- Martins-Borges, L., Jibrin, M. & Barros, A. F. O. (2015) Clínica intercultural: a escuta da diferença. *Revista Contextos Clínicos*, 8(2), 186-192. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.82.07>
- Martins-Borges, L. & Pocreau, J-B. (2012) Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 577-585. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400012>
- Melícias, A. B. (2017) Pátria, mátria, fátia: construção da geografia emocional. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(1), 61-74. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2017000100005&lng=pt&nrm=iso
- Moro, M. R. (2015). Psicoterapia transcultural da migração. *Psicologia USP*, 26(2), 186-192. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140017>
- Moro, M. R. (2017). Parentalidade e diversidade cultural. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(2), 137-149, tradução: Berliner, C. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2017000200011&lng=pt&nrm=iso
- Mountian, I., & Rosa, M. D. (2015). O outro: análise crítica de discursos sobre imigração e gênero. *Psicologia USP*, 26(2), 152-160. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20150001>

- Nüske, A. G. G., Macedo, M. M. K. (2019). Migração Haitiana: o sujeito frente ao (re)encontro com o excesso. *Psicologia USP*, 30. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180081>
- Organização Internacional para Imigrantes (OIM). (2018). Uma introdução às migrações internacionais no Brasil contemporâneo: Módulo 1. Organização Internacional para Migrantes.
- Rosa, M. D. (2012) Migrantes, imigrantes e refugiados: a clínica do traumático. *Revista Cultura e Extensão USP*, 7, 67-76. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9060.v7i0p67-76>
- Saglio-Yatzimirsky, M-C., (2015) Do relatório ao relato, da alienação ao sujeito: a experiência de uma prática clínica com refugiados em uma instituição de saúde. *Psicologia USP*, 26(2), 175-185. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140016>
- Seincman, P. A., Rosa, M. D. (2021) Dimensões da clínica psicanalítica com migrantes em urgência social: a rede transferencial. *Psicologia em Estudo*, 26. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.47467>
- Silva, M. M. S. (2021). Clínica Transcultural: o exercício de uma psicanálise decolonial. *Jornal da Psicanálise*, 54(101), 143-159. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-58352021000200010
- Zanotti, S.V. & Miura, P.O. (2020). Revisão de literatura: os exemplos de Freud e Lacan. In: E. F. Queiroz & S. V. Zanotti (orgs.) (2020). *Metodologia de pesquisa em psicanálise*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.