

PSICOLOGIA E SAÚDE MENTAL

Perspectivas teóricas e práticas

4



PSICOLOGIA E SAÚDE MENTAL

Perspectivas teóricas e práticas

4



Atena
Editora
Ano 2025

2025 by Atena Editora

Copyright © 2025 Atena Editora

Copyright do texto © 2025, o autor

Copyright da edição © 2025, Atena Editora

Os direitos desta edição foram cedidos à Atena Editora pelo autor.

Open access publication by Atena Editora

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira Scheffer

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Yago Raphael Massuqueto Rocha



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

A Atena Editora mantém um compromisso firme com a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, assegurando que os padrões éticos e acadêmicos sejam rigorosamente cumpridos. Adota políticas para prevenir e combater práticas como plágio, manipulação ou falsificação de dados e resultados, bem como quaisquer interferências indevidas de interesses financeiros ou institucionais.

Qualquer suspeita de má conduta científica é tratada com máxima seriedade e será investigada de acordo com os mais elevados padrões de rigor acadêmico, transparência e ética.

O conteúdo da obra e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade, são de responsabilidade exclusiva do autor, não representando necessariamente a posição oficial da Atena Editora. O download, compartilhamento, adaptação e reutilização desta obra são permitidos para quaisquer fins, desde que seja atribuída a devida autoria e referência à editora, conforme os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Os trabalhos nacionais foram submetidos à avaliação cega por pares, realizada pelos membros do Conselho Editorial da editora, enquanto os internacionais passaram por avaliação de pareceristas externos. Todos foram aprovados para publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

Psicologia e Saúde Mental: Perspectivas teóricas e práticas 4

| Organização: Atena Editora

| Revisão:

Os autores

| Diagramação:

Jeniffer Paula dos Santos

Nataly Gayde

| Capa:

Yago Raphael Massuqueto Rocha

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P974 Psicologia e saúde mental: perspectivas teóricas e práticas 4 / Organização de Atena Editora. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2025.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-3693-5

DOI <https://doi.org/10.22533/at.ed.935252410>

1. Psicologia. 2. Saúde mental. I. Atena Editora
(Organização). II. Título.

CDD 150

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

☎ +55 (42) 3323-5493

☎ +55 (42) 99955-2866

🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

CONSELHO EDITORIAL

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Ariadna Faria Vieira – Universidade Estadual do Piauí
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Glécilla Colombelli de Souza Nunes – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof. Dr. Joachin de Melo Azevedo Sobrinho Neto – Universidade de Pernambuco
Prof. Dr. João Paulo Roberti Junior – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Juliana Abonizio – Universidade Federal de Mato Grosso
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CONSELHO EDITORIAL.....	5
--------------------------------	----------

Sumário.....	6
---------------------	----------

Sumário.....	7
---------------------	----------

Sumário.....	8
---------------------	----------

CAPÍTULO 1	1
-------------------------	----------

Relatório de Experiência em Estágio Específico em Psicologia - CAPS II - O dispositivo da Ambiência

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524101>

Náthaly Santariano Leguiça

Luiz Filip Garcia

Ana Flávia Ravanello

CAPÍTULO 2.....	7
------------------------	----------

ENTRE E FIQUE À VONTADE: UMA CARTOGRAFIA DE MULHERES REAIS E SUAS HISTÓRIAS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524102>

Liana de Mello Trindade

Laura Dequi Baggio

Luana Vargas Aquino

Marcele Pereira da Rosa Zucolotto

CAPÍTULO 3.....	21
------------------------	-----------

REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO E PREVENÇÃO DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE ADOLESCENTES NO BRASIL

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524103>

Aline Antunes da Silva

Lenir Aparecida Mainardes da Silva

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CAPÍTULO 4 38

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DEMOGRÁFICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524104>

Endria Mendes Fabrizzio

Cristina Berger Fadel

Claudia Regina Biancato Bastos

CAPÍTULO 5..... 53

RACISMO ESTRUTURAL, SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE NEGRA: UMA ANÁLISE PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL BRASILEIRO

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524105>

Melissa Vitoria Araujo Faustino

Caroline De Souza Bonfim

CAPÍTULO 6 68

HERANÇA INVISÍVEL: UM ESTUDO SOBRE TRANSGERACIONALIDADE NOS PROCESSOS DE DESTITUIÇÃO FAMILIAR NA VARA DA INFÂNCIA DA ADOLESCÊNCIA E DO IDOSO DE CAMPO GRANDE-MS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524106>

Lucas Rodrigues de Brito Mota

Murilo Cesar Mendes Ramires

Jacir Alfonso Zanatta

CAPÍTULO 7..... 83

USO DE TELAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: VALIDAÇÃO DE UM JOGO EDUCATIVO COM ESPECIALISTAS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524107>

João Daniel da Silva Pereira

Karla Julianne Negreiros de Matos

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CAPÍTULO 8.....94

LINGUAGEM E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA PERSPECTIVA DA NEUROPSICOLOGIA: UMA REVISÃO NA LITERATURA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524108>

Luana Pinha Fernandes Charret

Jeanne dos Santos Oliveira Marques Dantas

Conceição Santos Fernandes

CAPÍTULO 9 114

MECANISMOS DA DOR: FUNDAMENTOS NEUROFISIOLÓGICOS E IMPLICAÇÕES PARA A TERAPIA OCUPACIONAL

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524109>

Síbila Floriano Landim

Jacinta del Carmen Valesco Camus

Luciana Buin

CAPÍTULO 10..... 131

AUTOEFICÁCIA E PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93525241010>

Lucas Lima Chaves

Maria Suely Alves Costa

CAPÍTULO 11..... 140

Segurança comportamental no ambiente de trabalho: uma revisão bibliográfica

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93525241011>

Myrela Vieira de Araújo

Sarah Nina de Miranda



C A P Í T U L O 1

Relatório de Experiência em Estágio Específico em Psicologia - CAPS II - O dispositivo da Ambiência

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524101>

Náthaly Santariano Leguiça

Luiz Filip Garcia

Ana Flávia Ravanello

A partir de um Relato de Experiência de Estágio Específico em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), do ano de 2023, durante um período de graduação em Psicologia em uma Universidade Federal do Rio Grande do Sul, este capítulo sintetiza percepções que emergem da análise crítica das práticas e consequências das práticas componentes da recomendação teórica da proposta do caráter de ambiência, convivência e horizontalidade nas relações no que diz respeito à promoção e produção de saúde mental em instituições de cuidado. Trata-se de um trabalho de condição qualitativa e viés descritivo.

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços especializados em saúde mental de competência do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o Ministério da Saúde (2004), os CAPS destinam-se ao acolhimento e incentivo do convívio social e familiar, bem como ao resgate da autonomia de usuários com sofrimentos graves e persistentes. Oferecem um apoio multiprofissional que acontece dentro do território, constituindo-se, assim, como o principal dispositivo da Reforma Psiquiátrica no que tange a desinstitucionalização e superação dos manicômios, no sopro de atividades individuais e coletivas, visando o cuidado em saúde e a manutenção das diretrizes da Reforma e da Política de Humanização. Assim, os CAPS ocupam uma posição estratégica, essencial e consonante à intenção de políticas públicas e às movimentações constantes no fronte incansável da causa antimanicomial, mesmo

porque objetivam a redução das interações e do isolamento, a promover a atenção em rede e a reinserção social.

Cocriar saúde dentro de um serviço da rede pública é um enorme *deixar-se* levar pelo que se produz de mais íntimo e afetivo nas relações que se estabelecem no espaço. Essa dinâmica possibilita uma troca profunda entre profissionais, estagiários e usuários, seja por intermédio de atendimentos individuais, grupos terapêuticos, acolhimentos, visitas domiciliares e, sobretudo, do dispositivo de *ambiência*.

A ambiência, como uma diretriz da Política Nacional de Humanização, é conceituada pela criação de espaços de encontro dedicados à sustentação, dignificação, conforto e descanso para os usuários do serviço, direcionando-se para além das propriedades físicas e materiais do ambiente em questão, compreendendo os processos de trabalho e as relações que os envolvem. Um terreno potencializador desde o afeto. Segundo Willrich et. al. (2013),

É necessário uma diversidade de estratégias para que os CAPS atendam as mais variadas necessidades dos usuários, assim, o ambiente de cuidado adquire importância por não ser estático, mas caracterizado por um modelo em movimento que envolve amplos aspectos. Entender este ambiente, não fixo, configura-se como um processo de autotransformação e autotranscendência.

É um espaço de acolhimento e estabelecimento de vínculos, viável à promoção de uma atmosfera de leveza, de informalidade, de autonomia e liberdade. Lugar onde se morar e demorar — um *mundo-abrigo*, por Hélio Oiticica.

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a ambiência é contemplada por três eixos: um espaço confortável de requisição pela privacidade, que se relaciona com os elementos que compõem o ambiente e, como estes, atravessam diferentes sentidos e contribuem para a saúde; um espaço de produção de subjetividades que opera através de reflexões sobre processos de trabalho, pautado na equidade e na inclusão; e um espaço que funciona como ferramenta facilitadora do cuidado, favorecendo a humanização e a resolutividade nos conflitos.

Esta escrita tece comentários tanto quanto à estrutura física do local quanto aos aspectos sensíveis e relacionais do tema, discutindo aspectos como a receptividade do ambiente, a sua formulação, as ações de acolhimento que acontecem dentro dele e a hierarquia que se estabelece através do modo pelo qual é organizado, possibilitando menor ou maior contato entre trabalhadores e usuários, aterrando ou engessando as paredes que separam as diferentes instâncias do serviço.

O espaço de convívio, pertinente à criatividade e sociabilidade de seus frequentadores, na nossa perspectiva — a perspectiva de um trio de estagiários do curso de Psicologia, convidados ao trabalho e à análise do funcionamento do serviço —, estava sendo pouco aproveitada na unidade. Era perceptível significativo

afastamento da equipe de funcionários em relação aos usuários do serviço, revelando uma cisão acentuada entre esses grupos, perpassada por forças que estipulam uma hierarquia baseada nas implicações da hegemonia do poder médico e nos processos de silenciamento e esvaziamento do discurso daqueles considerados *loucos*.

A própria estrutura física do local assim dava a entender; flagrava-se, através da disposição dos ambientes, uma simbólica separação entre as áreas de utilização da equipe e aquelas que correspondiam ao uso comum dos usuários, o que refletia a já constatada verticalidade das relações: a equipe ocupava o andar superior, os usuários contínuos ocupavam o ambiente médio e os demais pacientes — pacientes que aguardavam por atendimento psiquiátrico especializado, em similaridade ambulatorial —, mais distantes da rotina do serviço, acomodavam-se na garagem, situada no subsolo da construção. Essa separação não era questionada. Pelo contrário: era endossada. Eram inegáveis as ações, conscientes ou não, que reforçavam esse distanciamento por intermédio das portas fechadas e das micromedidas de segregação dos grupos, definidas por Bialer (2016) como “construções de pequenos feudos como estratégia de fechamento dos grupos para manutenção da homogeneidade, impedindo que o fluxo da criação se percorra pelo espaço, impondo normas que calam o sujeito e seu desejo particular”.

A ambiência é, essencialmente, um lugar de produção de vida. De atravessamento de narrativas, precipitações, anseios, sorrisos e quereres. É o espaço que garante o direito pelo devaneio, pela conversa, pelo fluxo, pelas diferentes trajetórias de vida. É uma troca. Um recanto onde saberes se misturam, se complementam, se ratificam e se fazem crescer, em que a esfera acadêmica deve vacilar e a linha que separa o nosso ser do ser alheio se deve *romper*.

A palavra “ambiente”, na sua grafia latina original, diz respeito ao ato de *envolver algo*. No mesmo sentido teriam sido desenvolvidas as postulações quanto às propriedades ambientais e aos processos de maturação na teoria psicanalítica de Donald Winnicott (1983), que sugerem que apenas um berço flexível poderia funcionar como a mola propulsora para o amadurecimento, para a emancipação e para a consolidação da habilidade humana de elaboração de conflitos, bem como que o Ego e o externo necessariamente se relacionariam mutuamente entre si, emprestando ausências e possibilidades um ao outro, operando a partir da imprescindibilidade da interpelação.

Nesta ciência, pusemo-nos ao exercício da ambiência.

Logo naquele início de semestre, nos foi solicitado que a enfatizássemos, considerando que tratava-se de um dispositivo desfalcado, carente de agência, com enorme demanda e fluxo de circulação intenso. Dessa forma, empreendemos artimanhas diversas para que os usuários que encontramos pudessem se sentir

minimamente assistidos, acolhidos e escutados. Nossos esforços eram direcionados para o desenvolvimento de atividades que, sobretudo, pudessem ser implementadas mais *definitivamente*, com possibilidade de continuação posterior ao fim da nossa passagem pelo serviço, evitando sobrecarga adicional para os profissionais da equipe, que já estavam sofrendo desses problemas. Vivemos manhãs e tardes de muitos jogos de baralho, tabuleiro, de rodas de cafés com bolachas, de conversas, de violão, de corpo e cantoria, instigando a participação coletiva.

A ambiência — a nossa ambiência; a ambiência de nós todos — conquistou seu espaço por mérito próprio, já que nunca foi orquestrada. As atividades surgiam do desejo pontual e a escuta, por sua vez, da demanda que chegava. *O que não havia, acontecia* (ROSA, 1962). Quando deu-se por conta, *estava*.

A praticabilidade desse exercício surgia da simples atenção às singularidades, desejos e potencialidades de cada ser único; do cuidado para que o espontâneo e o inesperado não fossem tão facilmente capturados pelos protocolos. Que pudessem, de alguma forma e em algum nível, *escapar*. Escapar do sofrimento. Do diagnóstico. Ser apreendidos como produção de *vida*, por algum momento.

Tratava-se de uma tentativa de ultrapassagem das barreiras de hierarquização e ambulatorização pautadas, até então, no serviço, de maneira a propiciar uma relação que, extrapolando a escuta dos medos, das fúrias e das angústias, pudesse facilitar o *devir*, a interação, o afeto e o sentimento de coletividade. Isto é: a tentativa de naturalizar, dentro de um dispositivo público de saúde mental, uma dinâmica protagonizada pelos usuários.

Não estávamos intencionando grande revolução alguma. A sugestão que fazíamos era, sobretudo, *possível*. Considerava, principalmente, a realidade exaustiva do serviço. A partir da experimentação, pudemos confirmar e respaldar as nossas intenções. A ambiência escancarou-se como um dispositivo terapêutico de interação entre estagiários e usuários, bem como entre os próprios usuários. É evidente que a promoção de saúde pode ocorrer de diversas formas, desde que seja regida por um trabalho de afeto, de cuidado e da problematização dos estigmas vigentes. Conforme Oury (1991), *o trabalho de um espaço onde possa acontecer alguma coisa*.

A interação, na ambiência, é militante. É constitutiva das condições de existência e do protesto pela demarcação de um terreno capaz de abranger uma multiplicidade de perspectivas que requerem atenção. A angústia, os temores, as faltas e os receios, quando individualizados, se traduzem em afetos opacos, opacos, aniquilantes, despolitizantes e carentes de sentido. Pairando entre os dois extremos violentos do incomunicável: entre o grito e o silêncio. No entanto, quando compartilhados, escutados e assistidos, adquirem qualidade de pertencimento, uma vez que, como interlocutores, não estamos apenas confirmando que essas violências não devem acontecer, como também que é *injusto* que elas aconteçam.

Uma atuação que faça resistência à lógica manicomial individualizante em serviços de saúde mental precisa repensar a posição ocupada pelos profissionais dessas instituições, que devem estar comprometidos com o componente ético-político do ofício. Há de se exigir desses profissionais que estejam abertos ao incógnito, à construção conjunta, ao *não saber*, que só faz possibilitar a potência dos espaços de promoção de saúde. Um profissional que se entenda *alheio* ao Outro, enclausurado na própria neurose e nas próprias considerações cristalizantes no que se refere à psicose, distanciar-se-á, inevitavelmente, das demandas do sujeito com o qual está lidando; impedindo, assim, a construção de um espaço transformador (Bialer, 2016). Nesse sentido, Bialer (2016) aponta que, enquanto a organização hierárquica for *obsessiva*, *paranoica* e *fóbica*, buscando tudo controlar e todo contato com o diferente evitar, não existe possibilidade efetiva de elaboração de afetos. Que, no tratamento do esquizofrênico,

é essencial que não haja uma plenitude em demasia, pois o esquizofrênico é aquele que evidencia a importância das 'fissuras' para que haja circulação, abertura e movimento.

O contato horizontal que soubemos concretizar foi circunscrito pelos jogos de baralho, cafés, bolachas, violão, pelas músicas e pela presença de cada contingente empenhado em ocupar um lugar *mesmo* de enunciação.

Dessa forma, a individualidade se desterritorializa, abrindo-se para a interpelação de si no Outro e pelo componente Outro dentro de si. O que é privado passa a não mais ser: as angústias mais urgentes e os desejos emergentes. A importância direcionada aos conteúdos conscientes e a elaboração em tempo real é evidente: dá-se um lugar digno às preocupações e sentidos do agora, do que é atual e presente.

É onde podemos conhecer, sem partir de uma temática específica, as histórias de vida das vidas tantas que se cruzam por lá. O olhar é de cuidado, o acolhimento é específico e, paradoxalmente, generalizado; uma vez que *um alguém* é escutado, a sua testemunha, *um outro alguém*, passa a sentir-se confortável para também poder ser. Trata-se de uma disposição coletiva em que o traço comum é a própria intenção do compartilhamento de perspectivas, da construção de relações e alternativas conjuntas. Um dispositivo que emerge da coragem necessária à manifestação dos afetos. Os profissionais que se ocupam da ambiência devem estar cientes que não estão pedindo pouco; o compartilhamento é uma honra. É uma dádiva. É o mais significativo entre os benefícios da constituição de um espaço sustentador.

Expandir a visão do sofrimento para um processo de vida requer rompimento próprio, permeabilidade, resiliência e sensibilidade. É necessário apreender indissociavelmente a potência reformuladora e a produção de diferença de cada encontro que acontece. *Fazer ambiência* é uma medida de humanização, de saúde, de segurança. Não se trata da aplicação de uma técnica, de um manual ou de uma escala de avaliação, mas de sustentar-se enquanto um corpo poroso, vulnerável aos atravessamentos e sensível às movimentações da vida.

O simples ato de buscar do armário um amontoado de cartas unidas por uma já cansada borrachinha de dinheiro tornou-se um espaço de convivência fortificado, a fazer, deste CAPS, pelos próximos anos, semestres e estagiários que vieram a vivenciá-lo mais tarde, um Campo de Estágio propício, aberto a desnaturações e a novas propostas de articulação desejante, fresca e jovem. Palco de debates, choros, sorrisos e histórias. Uma contribuição da Universidade.



CAPÍTULO 2

ENTRE E FIQUE À VONTADE: UMA CARTOGRAFIA DE MULHERES REAIS E SUAS HISTÓRIAS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524102>

Liana de Mello Trindade

Laura Dequi Baggio

Luana Vargas Aquino

Marcele Pereira da Rosa Zucolotto

RESUMO: O artigo relata a experiência de uma oficina desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial modalidade Álcool e outras drogas (CAPS AD) localizado em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, voltada a um grupo de mulheres. A principal proposta foi a construção coletiva de um livro intitulado “Mulheres reais e suas histórias”. A partir de colagens, desenhos e textos livres, as participantes puderam narrar fragmentos de suas trajetórias, refletir sobre experiências pessoais e coletivas e criar novas formas de expressão. A metodologia cartográfica sustentou a prática, priorizando o acompanhamento dos processos, a escuta atenta e a valorização do inesperado, em oposição a métodos rígidos e lineares. O relato mostra que a oficina funcionou como um espaço de acolhimento e invenção, fortalecendo vínculos e possibilitando a criação de narrativas singulares e coletivas. Questões de gênero, desigualdades sociais e vivências relacionadas ao uso de substâncias emergiram como temas centrais, reafirmando a importância de dispositivos que contemplem a complexidade das experiências femininas. O livro, deixado no espaço do CAPS, permanece como registro e convite para que outras mulheres possam dar continuidade ao processo, transformando-o em uma experiência aberta e coletiva. Assim, o estudo evidencia o potencial das práticas artísticas e cartográficas no campo da saúde mental, tanto como recurso de cuidado quanto como forma de resistência e produção de subjetividade.

PALAVRAS-CHAVE: Oficina; Cartografia; Mulheres; Criação; Saúde Mental.

MAKE YOURSELF AT HOME: A CARTOGRAPHY OF REAL WOMEN AND THEIR STORIES

ABSTRACT: The article reports on the experience of a group activity developed at a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD1), a service of the Psychosocial Care Network (RAPS) located in a municipality in southern Brazil, aimed at a group of women. The main proposal was the collective creation of a book entitled “Real Women and Their Stories.” Through collages, drawings, and free writing, participants were able to narrate fragments of their trajectories, reflect on personal and collective experiences, and create new forms of expression. The cartographic methodology supported the practice, prioritizing the monitoring of processes, attentive listening, and the appreciation of the unexpected, in contrast to rigid and linear methods. The account shows that the group activity functioned as a space of care and invention, strengthening bonds and enabling the creation of both singular and collective narratives. Issues of gender, social inequalities, and experiences related to substance use emerged as central themes, reaffirming the importance of devices that address the complexity of women’s experiences. The book, kept in the CAPS space, remains as both a record and an invitation for other women to continue the process, transforming it into an open and collective experience. Thus, the study highlights the potential of artistic and cartographic practices in the field of mental health, both as a resource for care and as a means of resistance and the production of subjectivity.

KEYWORDS: Group Activity; Cartography; Women; Creation; Mental Health.

CONTORNOS PRIMEIROS

Esta escrita busca relatar e refletir sobre uma oficina realizada em um Centro de Atenção Psicossocial modalidade Álcool e outras drogas (CAPS AD), serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), localizado em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, voltada a um grupo de mulheres.

O trabalho propôs a utilização da oficina como forma de acesso e como dispositivo disparador para que a troca de experiências entre as participantes pudesse ser facilitada. A proposta da oficina relatada consistiu na criação de um livro onde a colagem, o desenho e a escrita livre poderiam ser utilizados, buscando construir uma materialidade onde as integrantes pudessem falar de suas experiências de vida e assuntos que surgissem nos encontros. Assim, na construção coletiva do livro intitulado “Mulheres reais e suas histórias”, as participantes puderam narrar

fragmentos de suas trajetórias, refletir sobre experiências pessoais e coletivas e criar novas formas de expressão. O livro ficaria no espaço do CAPS depois da finalização dos encontros, possibilitando que novas usuárias pudessem dar continuidade ao projeto, mesmo com o término da oficina.

Cabe destacar que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma rede articulada de serviços instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se como dispositivos estratégicos para a promoção da saúde mental e para a oferta de cuidado a sujeitos em situação de sofrimento psíquico intenso e/ou persistente. No interior dessa rede, os CAPS AD (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) constituem serviços especializados de caráter territorial e extra-hospitalar, voltados à atenção integral de pessoas em situação de uso nocivo ou dependência de álcool e outras drogas, atuando na perspectiva da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2004).

Neste contexto, Santos (2019) acrescenta que o sofrimento psíquico é construído socialmente sob aspectos atravessados pelos determinantes do contexto sócio-histórico no qual o sujeito está inserido, o qual se apresenta sempre de forma singular. Por entender o sofrimento não apenas em sua dimensão individual, mas também coletiva e relacional, os CAPS propõem atividades de cuidados coletivos e psicossociais, que podem ser facilitadas por atividades em grupos.

Os CAPS tem a proposta de olhar para os sujeitos não só em sua dimensão individual, especialmente a dimensão social e relacional, por conta disso a utilização de oficinas com materialidades artísticas vem de encontro com a proposta do serviço que é ofertar serviços de saúde mental abertos e comunitários, objetivando a reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, procurando manter a proximidade de seu núcleo familiar, afetivo e da comunidade. Interpelar essa temática requer a exploração de múltiplos aspectos também relacionados às experiências de vida coletiva e territorial e, nesta direção, aponta para a importância de situar a discussão também na perspectiva da desigualdade das relações de gênero (SANTOS, 2019).

O CAPS onde esta pesquisa foi realizada conta com diversas atividades, contudo a população que participa é, em sua maioria, masculina, o que motivou a construção do livro com as mulheres participantes do serviço. As participantes das atividades da oficina relatada nesta escrita já compunham o grupo, que tinha constituição prévia no serviço. Este grupo era composto exclusivamente por mulheres, com enfoque no apoio emocional mútuo e na realização de atividades manuais e artísticas. Considerando que os modos de subjetivação e de sofrimento dizem também de relações de gênero, em uma sociedade sexista, é de fundamental importância a existência de espaços de fala seguros nos quais sujeitos - nesse caso mulheres -

possam compartilhar especificidades de seus sofrimentos para além do abuso de substâncias, e que possam encontrar uma escuta e acolhimento qualificados.

A existência de um grupo específico para mulheres permite ainda um olhar mais cuidadoso para esse conjunto social, aqui compreendido como minoria política e não como corpo biológico, visto que “a mulher” ocupa historicamente uma posição de minoria, não em termos quantitativos, mas de poder e representação. Assim, consideramos que as usuárias em questão poderiam se beneficiar de um espaço de escuta singular que permitisse acolher a dupla vulnerabilidade enfrentada pela intersecção entre o uso de substâncias e o identificar-se enquanto mulher, para além de estereótipos determinantes, o qual foi possível através da oficina proposta (ZANELLO, 2018).

No desenvolvimento desta proposta, as mulheres foram convidadas a participar dos encontros e da construção do livro. A intenção foi de, em quatro encontros, com duas horas de duração, produzir um material coletivo em que cada usuária retratasse um pouco sua história e sua chegada no grupo. Para isso, nos ferramentamos com a noção de oficina, entendendo que teoria e a prática são partes do fazer, visto que conhecer e agir sobre a realidade se entrelaçam permanentemente (PASSOS, 2012). Desta forma é possível que existam operadores, sejam eles conceituais ou tecnológicos, como por exemplo, uma oficina. Assim, a cartografia sustentou a prática, priorizando o acompanhamento dos processos, a escuta atenta e a valorização do inesperado, em oposição a métodos rígidos e lineares.

Neste sentido, é importante que se pense a especificidade das oficinas como uma forma de tecnologia relacional. Pode-se dizer, então, que toda pesquisa é de alguma forma uma intervenção, direta ou indiretamente (PASSOS, 2012). Portanto, oficinas é proporcionar a experiência de experimentação, criação e troca que essa tecnologia provoca, articulando-a com a ideia de que a aprendizagem direcionada nos processos de grupos coloca em ênfase a possibilidade de uma nova forma de lidar com o conhecimento sobre um saber (artístico, artesanal, político, intelectual, emocional), de aproximação e problematizações acerca de si e dos outros (BASTOS, 2010). Aprender, neste sentido, trata-se de um processo incessante, onde a interação e a comunicação são inseparáveis, conforme o que aprendemos a partir da relação com o outro (BASTOS, 2010). Nosso estudo, portanto, evidencia o potencial das práticas artísticas e cartográficas no campo da saúde mental, tanto como recurso de cuidado quanto como forma de resistência e produção de subjetividade.

NOTAS SOBRE A CARTOGRAFIA

Como percurso de pesquisa e intervenção, caminhamos juntamente da Cartografia. Ao se trabalhar com a cartografia, há uma reversão do método tradicional de pesquisa, a cartografia apresenta-se não como um caminho pré-determinado para alcançar um ponto, mas um caminhar que traça suas próprias metas no percurso. O rigor vem da experiência vivida e não de regras estáticas. O cartógrafo, o qual não consideramos um pesquisador neutro, mas sim implicado com o campo, se guia por pistas que ajudam a sustentar a pesquisa, mas se ajustam aos processos (PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014).

Ao cartografar, faz-se necessária a ativação de uma atenção à espreita, flutuante, aberta e concentrada. Esta é uma forma a se destacar na composição do cartógrafo, aqui a atenção não configura-se unicamente como a seleção de informações, mas como a detecção de forças circundantes, de pontas do processo em curso, de acolher fragmentos. Avivar este tipo de atenção, quer dizer deixar inativa uma atenção seletiva que habitualmente predomina nosso funcionamento cognitivo em favor de um deixar-se afetar por sinais e indícios. Diferentemente da atenção flutuante proposta por Freud, que implica uma escuta do inconsciente em sua dimensão recalçada, sustentada no modelo da associação livre e da interpretação clínica, a atenção cartográfica desloca-se para o acompanhamento dos processos em curso, privilegiando a emergência do novo, daquilo que ainda não está simbolizado ou estabilizado. Trata-se, portanto, de uma atenção que não visa decifrar significados ocultos, mas acompanhar a produção de sentidos em sua processualidade, aberta ao inesperado e ao que se atualiza no campo de forças do presente (PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014).

A PROPOSTA DO LIVRO

Deleuze (1992) discute que a criação é um processo intercessor, que pode suceder a partir de pessoas, filósofos, cientistas, artistas e também pode ser desencadeado por objetos, tais como plantas, recortes de revista, conversas. Os intercessores são necessários para propiciar a expressão, isto é, eles são necessários para se expressar, para se manifestar e, do mesmo modo, esses intercessores não conseguiriam se expressar sem ele (DELEUZE, 1992).

Os intercessores, de alguma forma, colocam as diferenças em contato e as fazem conversar em suas diversidades, podendo assim de alguma forma gerar um movimento de ambas as partes. Logo, o intercessor dos nossos encontros foi a proposta da criação de um livro, que poderia ser construído com materiais de fácil acesso e com tema a ser escolhido pelas mulheres participantes dos encontros. Assim,

foram construídas frases com colagens de recortes retirados de revistas e jornais, bem como papéis específicos para a criação da capa, do título e do conteúdo do livro.

Além disso, Deleuze (1999) destaca que a obra de arte não se reduz a um instrumento de comunicação ou transmissão de informações, mas se apresenta como ato de criação, que em sua essência, resiste. Ao instaurar blocos de movimento, cor, som ou duração, a arte engendra novas possibilidades de percepção e pensamento, abrindo fissuras nas formas de controle e nas racionalidades hegemônicas. A arte, nesta perspectiva, é capaz de produzir novos modos de subjetivações, além de atuar como importante modo de cuidado. Estas considerações revelam a experiência estética como potência de subjetivação e resistência, na medida em que permite ao sujeito não apenas se expressar, mas também se reinventar frente às condições históricas e sociais que o atravessa.

Encontro I: palavras e história pessoal

Neste momento, retomamos cada encontro percorrendo a respeito dos acontecimentos provenientes dos encontros com as mulheres participantes do serviço.

O convite às usuárias foi realizado através de uma profissional do local, que já acompanhava o grupo. Três mulheres compareceram no horário agendado, formando o grupo inicial de trabalho. A proposta de construção coletiva do livro foi apresentada, ressaltando que não se tratava de um livro qualquer. Ele seria confeccionado dentro das possibilidades que tínhamos, utilizando materiais como papéis, tintas e tecidos. A proposta foi ir além de um livro que tem uma organização prévia com sumário, introdução, etc. O conteúdo também poderia ser escolhido por todas as participantes, possibilitando falar sobre a história de alguém que admira, contar uma história pessoal, desenhar, dentre outras possibilidades.

O livro ganhou o título de “Mulheres reais e suas histórias”. Neste primeiro encontro então, foi criada a capa, com a indagação a elas de como elas gostariam e se sentiriam representadas para sua construção, e iniciada a procura por palavras em revistas e jornais que pudessem ser utilizadas para criar frases relacionadas ao conteúdo escolhido. A escolha de materiais e palavras para a composição, materializa o primeiro encontro como o processo de colocar suas palavras e vivências no mundo. O trabalho já foi se instaurando quando as integrantes conversavam sobre as diferentes possibilidades para confeccionar a capa. Uma recortava, outra escrevia, outra pensava em como seria colocado, o processo começava.

Bondía (2002) fala sobre as palavras serem mecanismos potentes de subjetivação, através das quais pode-se criar realidades e sentidos. Não só o que fazemos com as palavras, mas o que elas também podem fazer conosco. Através delas é que são determinados nossos pensamentos, pois pensamos com palavras. Pensamos através

das palavras e pensar não é somente criar argumentos, calcular e raciocinar, como nos tem sido ensinado, mas poder dar sentido ao que nos acontece. É por meio das palavras que nos colocamos de frente ao mundo, aos outros e a nós mesmos (BONDÍA, 2002).



Figura 1. Imagem criada para a capa do livro “Mulheres reais e suas histórias” (2023).

Encontro II: diferentes lutas

No segundo encontro o livro foi trabalhado apenas por Marta, uma mulher transgênero, que trouxe seu olhar acerca das diferentes batalhas de cada mulher. Foi falado por Marta que, mesmo que todas as mulheres pisem no mesmo chão – devido ao fato de todas serem mulheres – as batalhas a serem travadas por cada uma se diferem nos detalhes, nas histórias de vida antes de chegarem até hoje, além da questão social pré-estabelecida do que é ser mulher. Por exemplo, a trajetória

de uma mulher transgênero é muito diferente da de uma mulher cisgênero, bem como a diferença entre mulheres brancas e pretas.

Neste sentido, Nascimento (2021) afirma ser urgente que todas as mulheres compreendam a pluralidade existente na questão de gênero, que as diferentes experiências exigem demandas políticas também diversas, ressaltando que não existe um sujeito universal do feminismo, mas uma multiplicidade de existências que se articulam em torno de opressões comuns. Entende-se que manter a pluralidade de vivência entre mulheres quer dizer que, apesar de diferentes, estão interligadas pelas estruturas de opressão que se assemelham, o que é reflexo das estruturas como o patriarcado, o machismo e o sexismo - que historicamente estão atrelado às vivências femininas, configurando desafios coletivos que exigem formas múltiplas de resistência e de ação política.

Além disso, é importante considerarmos o contexto do serviço em que os encontros aconteceram, pois o uso de substâncias também foi abordado no decorrer da criação coletiva do livro. Porém, este tema foi abordado considerando a subjetividade das relações de cada uma das mulheres com o uso de álcool e outras drogas. Neste sentido, a participante Marta relatou que fazia uso de substâncias como forma de libertar-se da angústia de manter determinado padrão no trabalho e na sociedade. Muitas vezes, no decorrer do uso contínuo de álcool, crack e outras drogas ocorrem perdas que afetam a vida do sujeito de diferentes modos, desde perdas materiais, no sentido de seus investimentos de vida – que muitas vezes circulam sobre o uso, tanto quanto afetivo e social, de modo que muitas vezes atividades no qual eram potenciais formas de manter seu cotidiano e manter suas relações afetivas.

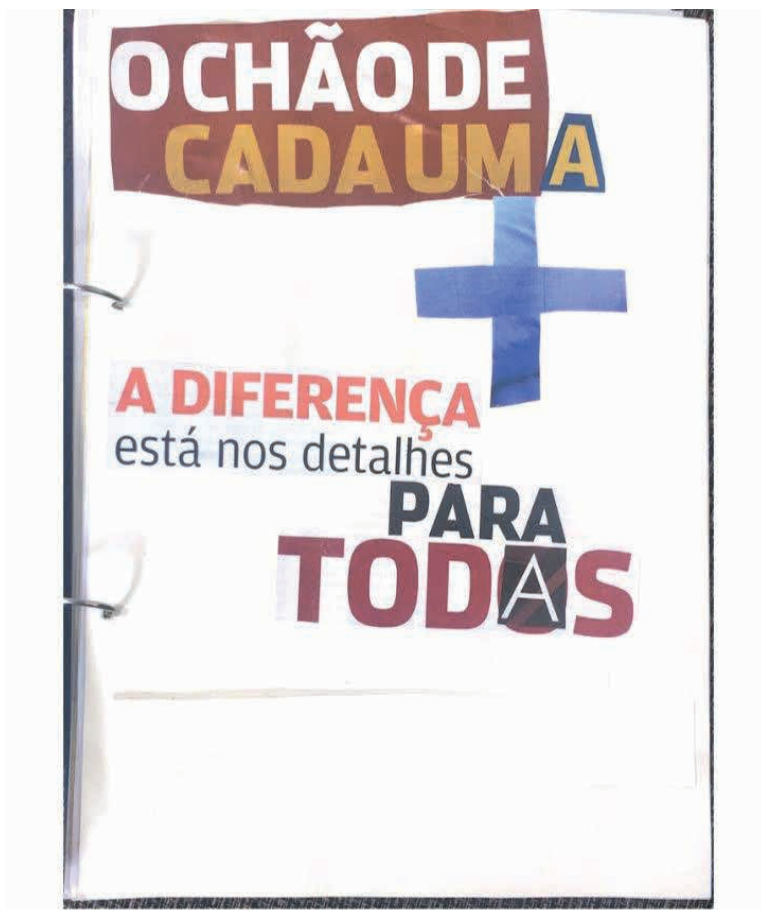


Figura 2. Imagem criada para o livro “Mulheres reais e suas histórias” (2023).

Encontro III: Histórias de família

Em nosso terceiro encontro, o grupo já estava alinhado com a ideia de que as questões a serem trabalhadas seriam as próprias histórias, tanto de como haviam chegado até o CAPS, quanto o que pudesse surgir destes encontros e do dispositivo de criar um livro acerca de suas experiências, mas também no encontro com as de outras mulheres.

Neste dia, as conversas e escolhas para a continuidade do projeto aconteceram em trocas acerca de questões familiares, no que concerne às diferenças e semelhanças

entre o funcionamento de diferentes famílias. Temos como exemplo falas sobre suas relações com os irmãos e hierarquia e obediência em relação às pessoas mais velhas da família: “Obedeçam os irmãos mais velhos.”, “Não volte para casa sem seu irmão”. “Irmãos não podem brigar.” As experiências vivenciadas por elas durante a infância nos levam a refletir que família tem sua cultura própria, cultura essa que é atravessada por questões de gênero como o lugar das mulheres e dos homens no meio familiar e de todos os tipos de família. Há um discurso institucional que paira sobre o que se compreende por família, este discurso aponta a responsabilização sobre a dissolução da família tradicional com o quadro de degradação social em que vivemos. Quem emite esse discurso podem ser pedagogos, juristas, religiosos e também alguns psicólogos. A imprensa através da validação de profissionais especialistas distribui sob a ótica de culpabilização, discorrendo que a dissolução das famílias como conhecíamos na primeira parte do século XX e a violência, a desorientação dos jovens, e a “delinquência” juvenil.(KEHL,2024) Estes discursos que centralizam a família como principal operador de ordem e também moralidade, reforçam as desigualdades de gênero que podem circular dentro de qualquer família e interferindo nas relações e possibilidades de cada integrante da família.

Kehl (2024) discorre que o discurso que defende a forma tradicional de constituição das famílias acredita que esta, é o ponto principal de transmissão de poder, e que deve sozinha com toda constituição de moralidade e da ordem nacional. Tal qual a crise social, a degradação de espaços públicos que nos últimos tempos vem acontecendo de forma sistemática no país, e que atinge principalmente as camadas mais desfavorecidas economicamente.

Ao pensar a família e as relações que dela surgem e que a ela compõem, somos convocados a uma articulação com o conceito de subjetividade. A noção com a qual trabalhamos não diz sobre possuir, mas sim sobre a produção ininterrupta que ocorre a partir dos encontros com o outro. Este outro pode ser compreendido como o social, suas invenções, acontecimentos, a natureza e tudo aquilo que cria efeitos nos corpos e nas formas de viver (GUATTARI, ROLNIK,1992). Diante desta perspectiva de subjetividade, foi possível contemplar através de nossos encontros em grupo, que essa noção de família é formada e passada pelas vivências e acontecimentos que estas mulheres, pessoas, tiveram desde jovens, mas que vai sendo transformada no decorrer do tempo e dos acontecimentos e encontros tidos no passar da vida.

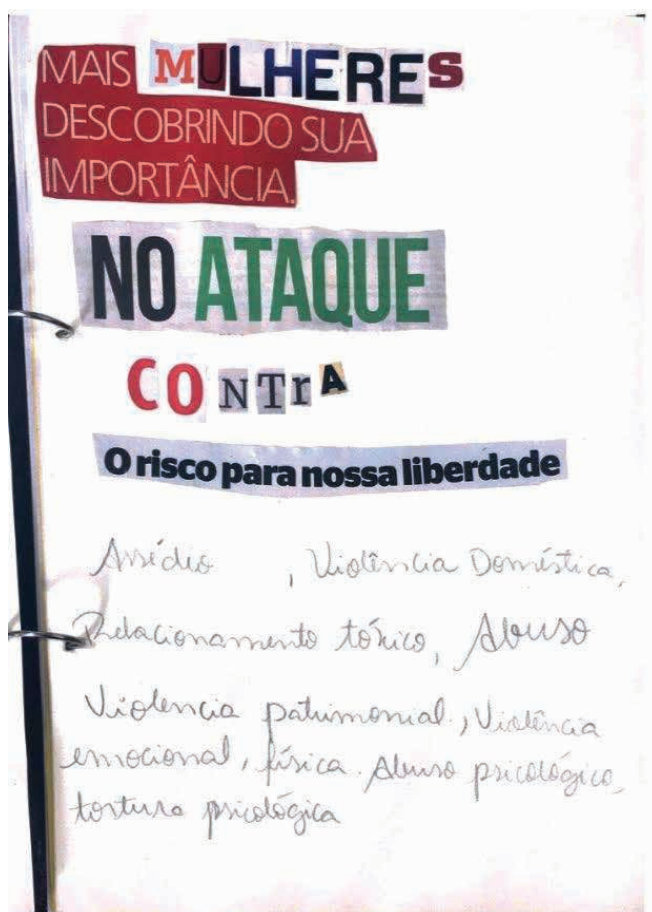


Figura 3. Imagem criada para o livro "Mulheres reais e suas histórias" (2023)

Encontro IV: um não final

No último encontro a proposta era encerrarmos o livro, porém outro rumo foi tomado. Neste havia sido levado um bolo para confraternizar a finalização da construção do livro coletivo, no entanto, acabamos nos debruçando em encontrar palavras para uma nova proposta: a construção de uma carta - que chamamos de Carta Convite - destinada a outras mulheres que chegassem ao grupo, indicando que independente do trabalho anterior, elas poderiam também deixar sua história ali registrada.

As palavras não encontradas foram construídas letra por letra, entre as conversas que ocorreram durante a finalização do livro, grupo, trabalho. A foto da mãe de Joana e Roberta foi anexada ao livro com as frases lembradas, escritas ao entorno da imagem dela. Frases estas que até hoje, de alguma forma, compõem a vivência de ambas e seu entendimento a respeito da família e suas relações.

A relação de pertencimento ao grupo criado para a realização deste trabalho e a vontade de que ele continuasse funcionando foi motor para que pudessem seguir se encontrando e criando juntas a cada dia. Uma das principais motivações para a criação dos grupos de mulheres é que eles possam atuar como apoio em diversos sentidos, desde informações sobre saúde, direitos, prevenção e promoção da saúde a partir do compartilhamento de experiências de vida e da invenção de um espaço coletivo. A combinação entre elas foi que o livro ficaria no CAPS para que possa cumprir seu papel de testemunhar as palavras contadas por todas, uma marca das mulheres que começaram o livro, um espaço potente de encontros para poder vivenciar suas trajetórias encontrando apoio.

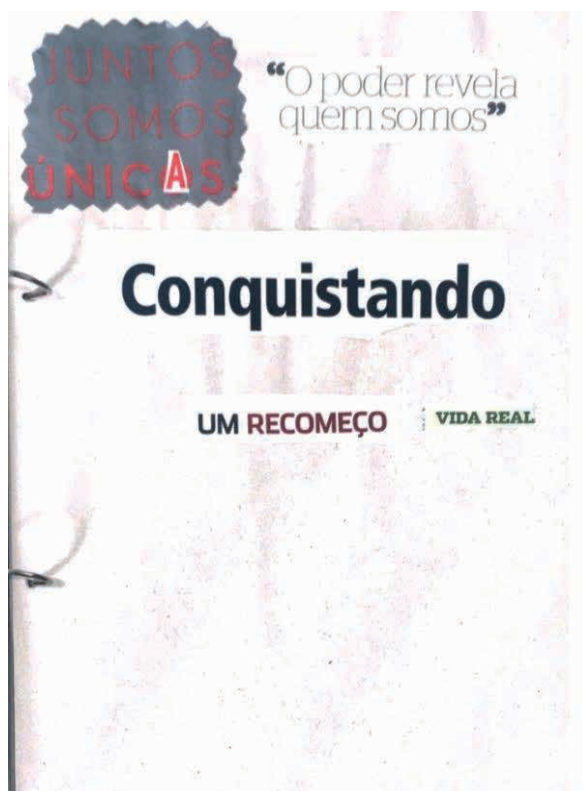


Figura 4. Imagem criada para o livro “Mulheres reais e suas histórias” (2023)

CONTORNOS FINAIS

Através da experiência em grupo, é possível romper com preconceitos que levam à alienação do sujeito (CONTE, 2023). Desta forma, em um grupo composto somente de mulheres, é possível potencializar a voz destas para que a voz de outras também possam surgir. O livro como intercessor de nossos encontros foi fundamental para que a construção conjunta entre as mulheres pudesse ocorrer de forma autônoma, criativa e sem preconceitos. Criar algo que venha da experiência de ser mulher, como este livro, é fundamental para que as diferentes perspectivas e vivências singulares sigam sendo escritas, olhadas, mobilizadas, possibilitando a produção de outras subjetividades. Além disso, o trabalho atravessado pela criação artística promove um encontro transversal entre a singularidade dessas histórias e a coletividade inerente do ser mulher. O livro, portanto, foi uma ferramenta fundamental que permitiu marcar essas histórias e colocá-las no mundo para serem reconhecidas.

Neste sentido, explicitamos que acompanhar o grupo enquanto um processo que possibilitou a produção de espaços de cuidado coletivo através da arte como ferramenta, possibilitou também que se desenrolassem reflexões sobre a importância desses elementos nas práticas de reafirmação das existências. A cartografia que se fez aqui, buscou justamente movimentar reflexões acerca da produção de saúde mental em sua potência ética, estética e política – indissociável, portanto, dos movimentos infintos de criação e de vida.

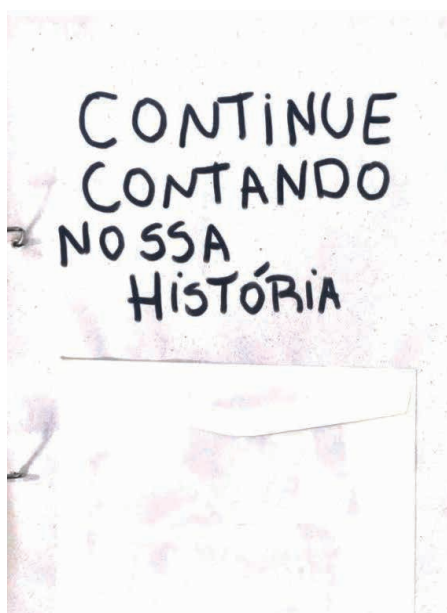


Figura 5. Imagem criada para o livro “Mulheres reais e suas histórias” (2023).

REFERÊNCIAS

- BORGES, Silier Andrade Cardoso. Territórios existenciais ético-estéticos em saúde coletiva. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fractal/a/6zQPv73KzZLGhhNstMz5Cp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 5.nov.2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília, 2009.
- CONTE, Raquel Furtado et al. Implicações do grupo operativo em mulheres que vivenciaram a violência de gênero. **Revista da SPAGESP**, v. 24, n. 1, p. 47-60, 2023.
- DELEUZE, Gilles. **Conversações**, 1972-1990. São Paulo: Editora 34; 1992.
- DELEUZE, Gilles. **O ato de criação**. Folha de São Paulo, Caderno Mais!, 27 jun. 1999.
- KEHL, Maria Rita. Em defesa da família tentacular. **A Terra é Redonda**, 15 dez. 2024. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/em-defesa-da-familia-tentacular/>. Acesso em: 16 de outubro de 2025.
- MORO, Larissa Moraes; GUAZINA, Félix Miguel Nascimento. Arte e experiência: relações da arte no contexto da saúde mental. **Brazilian Journal of Mental Health**, 2016.
- ROLNIK, Suely; GUATTARI, Félix. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Buenos Aires: Tinta Limón, 2006.
- PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia. **Pistas do método da cartografia: Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Editora Sulina, 2014.
- SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1177-1182, 2009.
- ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris Editora, 2018.

REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO E PREVENÇÃO DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE ADOLESCENTES NO BRASIL

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524103>

Aline Antunes da Silva

Bacharel em Serviço Social, Residente do Programa Multiprofissional
de Atenção à Saúde Mental do HURCG/UEPG

Lenir Aparecida Mainardes da Silva

Bacharel em Serviço Social, Mestrado e Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia
Universidade Católica do Estado de São Paulo com Pós-Doutorado pela UFRGS
e Professora associada da Universidade Estadual de Ponta Grossa/Paraná

RESUMO: A alta incidência de internações psiquiátricas (involuntárias/compulsórias) de adolescentes em uso abusivo de SPAs, observada na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), revela uma contradição ética e legal com o projeto antimanicomial. Esta prática excludente gera estigma e compromete a adesão ao tratamento ambulatorial. O estudo teve como objetivo analisar a Redução de Danos (RD) como estratégia de cuidado capaz de prevenir internações psiquiátricas e melhorar o vínculo terapêutico. De natureza qualitativa, a pesquisa bibliográfica e documental (1994-2025) demonstrou a tensão histórica entre a legislação progressista e a persistente lógica proibicionista, que opera com base no moralismo e na criminalização da juventude, prejudicando o vínculo terapêutico. O estudo conclui que a RD é o principal alinhamento ético e legal ao projeto antimanicomial e a forma mais eficaz de cuidado em liberdade e intersetorial. Para os trabalhadores da saúde, a adoção da RD é uma práxis ética transformadora, indispensável para a defesa dos direitos humanos, a superação do preconceito e a promoção da justiça social nesse campo.

PALAVRAS-CHAVE: Redução de Danos; Adolescente; Uso de Substâncias Psicoativas; Reforma Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

Discutir a RD com adolescentes significa enfrentar os impactos do proibicionismo e da criminalização da juventude, majoritariamente pobre e negra, contribuindo para práticas que respeitem os direitos humanos e promovam a equidade. É neste cenário de contradições estruturais e políticas repressivas que se insere a problemática deste estudo, observada diretamente na prática profissional.

A problematização da pesquisa emergiu a partir da vivência da pesquisadora na Residência Multiprofissional do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Programa de Saúde Mental. Em sua atuação no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), foi observada uma elevada taxa de não adesão ao tratamento por adolescentes que faziam uso abusivo de substâncias psicoativas (SPAs). Posteriormente, a atuação na Unidade de Pronto Atendimento do mesmo município revelou uma alta incidência de internações (involuntárias e compulsórias) de adolescentes nessa mesma condição. Em âmbito nacional, através do estudo de Galvão et al. (2024) é possível quantificar essa dimensão, o estudo revela que entre 2017 e 2022 foi registrado 29.991 hospitalizações de adolescentes por transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Essa situação gerou inquietação em face das contradições inerentes ao processo de internação, levantando a reflexão de que tal prática de exclusão pode gerar rompimentos de vínculos importantes e estigmatização, determinantes de consequências graves na vida adulta. Dessa forma, questionou-se de que forma as estratégias de Redução de Danos (RD) podem melhorar a adesão dos adolescentes em uso abusivo de SPAs ao tratamento ambulatorial nos serviços da RAPS, e em que medida isso contribui para a prevenção ou redução das taxas de internações psiquiátricas desse público no Brasil?

Em resposta a esta problemática e para guiar a investigação, o estudo tem como objetivo geral analisar a Redução de Danos (RD) como estratégia de cuidado e de prevenção de internações psiquiátricas de adolescentes no Brasil. Para tanto, os objetivos específicos são analisar a RD no contexto da política de saúde mental brasileira, identificando as contradições, os desafios e as resistências à sua aplicação no cuidado de adolescentes, e avaliar seu potencial para melhorar a adesão desse público ao tratamento ambulatorial.

Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa, conceituada por Demo (2000) como um procedimento que abrange a produção de conhecimento e a aprendizagem, sendo um componente essencial em todo o processo de reconstrução do saber, será de natureza básica e exploratória e se desdobrará em um estudo bibliográfico de abordagem qualitativa, dado que

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p.21).

Para a fundamentação teórica deste estudo, optou-se pela revisão bibliográfica e documental, utilizando a análise de conteúdo como método interpretativo. O levantamento do referencial foi delimitado por um recorte temporal de 1994 a 2025, período que abarca a construção e o desenvolvimento da política de saúde mental brasileira. As buscas foram conduzidas em bases de dados e repositórios acadêmicos de relevância nacional e regional, principalmente SciELO, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Portal de Periódicos CAPES e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). A estratégia de busca envolveu a combinação de descritores-chave, tais como: “adolescência”, “uso de substâncias psicoativas”, “Saúde Mental”, “Rede de Atenção Psicossocial”, “Reforma Psiquiátrica”, “Guerra às Drogas”, “Internação psiquiátrica de adolescentes” e “Política Nacional de Drogas”. Além da literatura científica, a pesquisa recorreu à análise de legislações federais e a levantamentos oficiais de órgãos nacionais. Todo o material foi analisado com o objetivo de examinar o debate atual sobre o tema em âmbito nacional, priorizando a identificação das causas históricas e as estruturas de poder que moldam a relação entre o tratamento do abuso de substâncias psicoativas e as condições de vida de crianças e adolescentes. Dessa forma, acredita-se que os resultados da pesquisa contribuirão para a reflexão da práxis dos profissionais da saúde e saúde mental e da importância de uma abordagem ética e transformadora nesse campo. Além disso, a análise evidencia como as desigualdades estruturais, o sistema de saúde e as relações de classe impactam a saúde mental das crianças e adolescentes, buscando ressaltar o papel que profissionais da saúde podem desempenhar em promover a justiça social e a defesa dos direitos dessa população, subsidiando novas estratégias de intervenção e encaminhamentos mais direcionados e eficazes.

A SAÚDE MENTAL E AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL E SEUS IMPACTOS PARA A POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL

Para analisar a Redução de Danos (RD) como estratégia de cuidado e de prevenção de internações psiquiátricas de adolescentes no Brasil, faz-se necessário revisar o percurso histórico e estrutural da Política de Saúde Mental no Brasil, para na sequência compreender os impactos do uso de SPA na população infantojuvenil.

Breve histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica Brasileira emerge no final dos anos 1970 como resposta à crise do modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental e à crescente mobilização social contra a violência institucionalizada nos manicômios, impulsionada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), articulando-se com trabalhadores, familiares, usuários, universidades, conselhos profissionais, mídia e opinião pública, protagonizando uma crítica estruturada à mercantilização da loucura (Brasil, 2005).

A década de 1980 já apresenta algumas conquistas da luta antimanicomial, marcada por eventos decisivos, como o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 1987 e a realização de congressos como o II Congresso do MTSM e a I Conferência Nacional de Saúde Mental que consolidaram o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, reforçando a dimensão ética da reforma. Com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu-se a base institucional para a universalização do acesso e para o controle social por meio dos Conselhos de Saúde.

Os anos 1990, ainda sob forte desigualdade de financiamento e resistência institucional, começaram a ser implementadas normas federais para serviços substitutivos como CAPS, NAPS e Hospitais-dia. A assinatura da Declaração de Caracas e a II Conferência Nacional de Saúde Mental reforçaram o compromisso do Brasil com a superação do modelo manicomial. Porém, somente em 2001, com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216), baseada no Projeto de Lei de autoria do deputado Paulo Delgado, houve um marco jurídico mais robusto, embora o texto aprovado não determinasse a extinção definitiva dos manicômios, redirecionou o modelo assistencial para uma abordagem comunitária, centrada na proteção dos direitos dos usuários (Brasil, 2005).

A partir dessa conjuntura, a política de saúde mental passou a consolidar-se, influenciando diretamente o debate sobre a importância de garantir a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, de se criar uma rede de atenção psicossocial, do cuidado em liberdade e comunitário, da participação no tratamento, da garantia do sigilo e na regulamentação das internações, inclusive de adolescentes, apontando para os desafios éticos e sociais na efetivação de práticas mais humanizadas e integradas, bem como uma política pública de saúde mental de crianças e adolescentes.

A formulação da política pública de saúde mental para crianças e adolescentes

O contexto histórico do tratamento de saúde mental infantojuvenil Pré-Reforma Psiquiátrica, também foi profundamente marcado por uma perspectiva higienista e repressiva, que buscou primordialmente o controle social em detrimento do cuidado em saúde. A legislação da época, atrelada ao pensamento religioso e filantrópico, reforçava a repressão social. As políticas públicas e de assistência viam o “menor” (uma categoria socialmente construída pela elite para designar crianças e adolescentes das classes vulnerabilizadas) como um problema (Pereira, Duarte e Santos, 2025). Essa lógica culminou no Decreto nº 17.943-A, o Código de Menores de 1927, que legitimava o recolhimento e a internação de adolescentes em “situação irregular”, que viviam na “vadiagem, mendicidade ou libertinagem”, que frequentavam locais de jogos ou que andassem na companhia de “gente viciosa ou de má vida” (Decreto nº 17.943-A, 1927), transformando a internação hospitalar como principal medida de correção e exclusão social (Pereira, Duarte e Santos, 2022).

A partir da segunda metade do século XIX e início do século XX é que se abre o campo para o estudo e intervenção no sofrimento psíquico juvenil, coincidindo com a criação do Hospício D. Pedro II em 1852. A precariedade era visível, com as crianças muitas vezes ficando em espaços mistos com adultos nos hospitais psiquiátricos, situação que levou à criação do “primeiro pavilhão para crianças anormais” dentro do Hospício Nacional de Alienados, o Pavilhão-Escola de Bourneville (Souza, 2020).

Couto e Delgado (2015) afirmam que a formulação de uma política pública de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no Brasil foi tardia, iniciando-se efetivamente apenas no século XXI. Antes disso, inexistiam diretrizes específicas no setor da saúde mental voltadas para esse público, e as ações existentes eram limitadas, muitas vezes com caráter disciplinar e institucionalizante, e vinculadas a setores como assistência social e educação (Couto, Duarte e Delgado, 2008).

A promulgação da Lei 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, emergiram as condições institucionais e simbólicas para a construção de uma política centrada na proteção integral, no cuidado em liberdade e na articulação intersetorial de crianças e adolescentes, por meio da criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis em 2002, serviço voltado ao atendimento de casos de maior gravidade e complexidade (Brasil, 2002).

Outros movimentos que impulsionaram o debate sobre a saúde mental de crianças e adolescentes partiram da consolidação dos direitos humanos da infância, marcados pela Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, promovendo uma nova concepção de criança e adolescente como sujeitos de direitos, com dignidade e respeito às suas particularidades subjetivas

Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (Brasil, 1990).

Podemos considerar que as principais contribuições do ECA para o tratamento de saúde mental de crianças e adolescentes estão relacionadas à proteção integral, ao direito à saúde e ao cuidado em liberdade, ao princípio de intersetorialidade e intrasetorialidade, ao cuidado comunitário e a convivência familiar e comunitária como direitos fundamentais e, sobretudo, a garantia de absoluta prioridade

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (Brasil, 1990).

Contudo, a efetivação dessa garantia de prioridade absoluta e dos direitos estabelecidos pelo ECA exige uma compreensão aprofundada das especificidades do sujeito protegido, o que nos remete à própria caracterização da adolescência.

A adolescência constitui uma etapa de transição entre a infância e a vida adulta, marcada por intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais, relacionadas ao início da puberdade, ao desenvolvimento de novas capacidades cognitivas e à papéis sociais diferenciados (Breinbauer e Maddaleno, 2008). Em meio a essas mudanças, a adolescência também é marcada por comportamentos exploratórios e de oposição, os quais contribuem para que o jovem vivencie novas experiências, construa valores e desenvolva sua identidade diante de dilemas cada vez mais complexos (Tardeli, 2010, apud Afonso, 2020). Portanto, esse desenvolvimento é condicionado pela interação entre fatores de risco e de proteção, que podem direcionar sua trajetória de forma positiva ou negativa, dependendo da maneira como se manifestam em sua vida (Branco e Linhares, 2018, apud Afonso, 2020).

Adolescentes em situação de vulnerabilidade enfrentam cotidianamente condições adversas que comprometem seu desenvolvimento, caracterizadas por ambientes instáveis e inseguros. Nesse contexto, fatores como exclusão social, desigualdade, criminalidade e acesso limitado à educação exercem forte influência sobre seu processo de desenvolvimento (Afonso, 2020).

É nesse cenário de vulnerabilidades e preconceitos que se torna ainda mais urgente questionar as políticas de intervenção. A complexidade do uso de substâncias por esse público exige uma abordagem que vá além do moralismo e da criminalização, o que nos leva a considerar as representações sociais historicamente atribuídas às substâncias psicoativas.

Sanchez e Paiva (2009, p. 3) destacam:

O uso de droga é milenar e é impossível abordar esta temática sem considerar aspectos culturais: o uso das drogas e seu julgamento moral ou legal variam em relação ao tempo, à localidade e, principalmente, aos interesses político-econômico-sociais (SANCHEZ; PAIVA, 2009, p. 3)

A respeito desses interesses, referenciamos o estudo de Rodrigues (2006 apud WOLLMANN, 2009), o qual argumenta que a política antidrogas é frequentemente usada de maneira estratégica por governos autoritários para restringir as liberdades individuais. Isso ocorre porque permite a identificação, detenção e perseguição de pessoas que são consideradas fora do padrão de “normalidade” de acordo com a ordem e moral socialmente estabelecidas. No contexto das substâncias psicoativas, os consumidores são monitorados devido ao seu suposto “desvio moral” e “perigo sanitário” que representam.

A lógica do proibicionismo, consiste em eliminar as “drogas” ilegais e os seus usuários, sendo promovidas abordagens de encarceramento nas perspectivas criminal e sanitária, como uma solução para o problema das drogas (FARIA, 2017). Nessa estrutura, Fiore (2012) destaca que há o entendimento de que o Estado idealmente deve criminalizar tanto a circulação quanto o consumo de drogas. Além disso, há a ideia de que a proibição das drogas é uma medida de proteção para o bem jurídico da saúde pública, conforme apontado por Taffarello (2009).

De acordo com a pesquisa de Medeiros e Tófoli (2018), que investigou os mitos e evidências na formulação de políticas relacionadas às drogas, foi possível constatar a violência decorrente da abordagem proibicionista. A respeito da realidade brasileira, os autores utilizaram o Fórum Brasileiro de Segurança Pública de 2017 como fonte, destacando que entre 2009 e 2016, mais de 20 mil pessoas foram vítimas de ações policiais no Brasil, predominantemente homens, jovens e negros. Além disso, ressaltaram que o tráfico de drogas é o principal fator que contribui para o aumento do encarceramento em massa, afetando 26% da população carcerária masculina e 62% da feminina.

Os dados do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) de 2024 confirmam uma estrutura que evidencia a criminalização da pobreza e o racismo estrutural como motores do encarceramento juvenil. Dos 12.506 adolescentes em medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade, 68,6% estão em regime de internação e apenas 9,9% em Semiliberdade. Os atos infracionais mais atribuídos aos adolescentes são roubo (4.335 casos, 31,7%) e tráfico de drogas (3.691 casos, 27%), que somado com atos de associação para a prática de crimes da Lei de Drogas totalizam 27,9% dos casos. Comparativamente, essa é a categoria de ato infracional mais significativa após o roubo. A alta incidência do tráfico de drogas como causa de internação revela que o sistema penal juvenil funciona como agente de criminalização da vida de jovens em situação de vulnerabilidade.

O levantamento também revela o racismo estrutural no Brasil. Dos 13.668 adolescentes vinculados, 2.598 se auto declaram pretos e 7.222 pardos, totalizando 71,85% de jovens negros. Podemos analisar que a lei de drogas é aplicada de forma seletiva e punitiva contra a juventude negra e pobre, reforçando o ciclo de estigma e encarceramento e a necessidade da prática da RD ser, inerentemente, antirracista.

O censo também expõe a fragilidade da articulação do sistema socioeducativo com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), 64,9% dos adolescentes internados ou em semiliberdade não passaram por nenhum atendimento na rede de saúde mental. Isso indica que a maioria dos jovens em restrição de liberdade não possui um histórico de acompanhamento formal em saúde mental antes ou durante a medida, evidenciando uma falha na intersetorialidade. Os atendimentos em CAPSi (6,2%) e CAPS AD (5,7%) são extremamente baixos, sinalizando a ruptura do vínculo com os serviços de base territorial, crucial para a efetividade da RD. Em contraste com a baixa adesão à RAPS, a tabela mostra a presença de 13 adolescentes em Comunidades Terapêuticas, ressalta-se que o acolhimento, atendimento, tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas, sob qualquer pretexto, são proibidos em todo o território nacional, conforme a Resolução nº 249/2024 do CONANDA (art. 1º). Apesar do baixo número, a mera presença de adolescentes vinculados a CTs no sistema socioeducativo, confronta a legislação vigente e reforça o retrocesso político e a deslegitimação da RAPS mencionada anteriormente nesse estudo.

Bokany (2015) expressa que o principal risco associado às drogas não é a própria substância, mas sim a maneira como são utilizadas e o contexto em que ocorre o consumo. A violência, o envolvimento com o crime organizado e os conflitos com as autoridades decorrem, em grande parte, da política de criminalização das drogas. Uma mudança de abordagem, mais voltada para o diálogo e menos autoritária, com um foco maior na redução de danos em vez de uma abordagem de “guerra às drogas”, pode levar a uma compreensão mais abrangente sobre o consumo e, consequentemente, resultar em abordagens mais eficazes no combate ao tráfico de drogas e ao crime organizado.

Em face das contradições evidentes entre a legislação protetiva (ECA e Reforma Psiquiátrica) e a persistente lógica proibicionista, a Redução de Danos (RD), conforme proposta por Bokany (2015), emerge como a principal alternativa ética e legal. A RD dialoga diretamente com os princípios estabelecidos, reconhecendo a adolescência em sua complexidade e vulnerabilidade. Assim, a efetividade das políticas de saúde mental e drogas depende fundamentalmente da capacidade de integrar os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS com práticas que reconheçam o adolescente como sujeito de direitos, garantindo-lhe cuidado em liberdade, dignidade e plena inserção comunitária.

REDUÇÃO DE DANOS COMO PREVENÇÃO DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE ADOLESCENTES

Segundo Surjus, Formigoni e Gouveia (2018), a Redução de Danos (RD) é uma perspectiva ético-clínico-política baseada nos direitos humanos para encarar o uso de drogas, com origens em práticas no Reino Unido na década de 1920 e reivindicações na Holanda na década de 1970.

Domanico (2018) cita a obra “Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco” de Marlatt (1999), para descrever os cinco princípios básicos da RD associados ao uso de drogas, que permanecem amplamente reconhecidos. São eles:

1. A RD é uma alternativa de saúde pública para modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas.
2. A RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos.
3. A RD surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”.
4. A RD promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência.
5. A RD baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista. (Marlatt 1999 apud Domanico, 2018, p. 11)

Para contextualizar a RD no Brasil, Domanico & Macrae (2006) mencionam a entrada da cocaína no país, na década de 1970, a qual inicialmente estava reservada à elite e posteriormente com a banalização do uso, gerou um problema de saúde pública. A primeira ação de Redução de Danos no Brasil foi a implantação do programa de troca de seringas em Santos (SP) em 1989, constituindo um marco importantíssimo para o debate, porém, suscitou questionamentos e foi interpretado por muitos como um incentivo ao uso de drogas, devido à falta de compreensão de seus princípios

O surgimento do projeto de redução de danos gerou imensa polêmica nacional em todos os meios de comunicação e fóruns específicos, após o Ministério Público em Santos enquadrá-lo como crime, previsto na lei vigente sobre drogas no Brasil, a Lei 6.368 de 1976. De acordo com a interpretação daquele momento, a proposta se chocava com um dos artigos da referida lei, que considera crime qualquer forma de auxílio/incentivo àqueles que utilizam substâncias entorpecentes (MESQUITA, 1994, p. 169).

Somente em 2003, pela Portaria nº 457, DE 16 de abril de 2003, a RD foi indicada como diretriz da política pública nacional de saúde mental, centrada na garantia de direitos e considerando a multideterminação dos processos de saúde-doelecimento (Surjus et. al. 2018).

Porém, o percurso da Redução de Danos (RD) no Brasil é historicamente marcado por contradições e retrocessos. Exemplo disso foi a Resolução CONAD nº 01/2018, que reorientou os programas nacionais sobre drogas, adotando a abstinência como fundamento principal em detrimento da RD, em ato considerado de aparente inconstitucionalidade (Worm e Migani, 2019). Adicionalmente, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) implementada entre 2018 e 2019 introduziu a inserção legal de Comunidades Terapêuticas (CTs) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ampliou o financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos. Essa parceria público-privada resultou na criação de uma rede de (des)proteção focada no encarceramento e na abstinência (Farias e Oliveira, 2022).

A institucionalização dessa lógica, que se opõe aos princípios da RD, gera graves consequências para o público infantojuvenil. Vale refletir que, inserido nesse contexto social, que prioriza a abstinência e o modelo de encarceramento, o adolescente é duplamente afetado pelo estigma sobre o uso de drogas. Nesses termos, a quebra de vínculo com a RAPS torna-se uma consequência previsível, pois o sistema é percebido como hostil, prejudicando a confiança necessária para a continuidade do tratamento ambulatorial, reforçando a não adesão e a estigmatização, e realimentando o ciclo de vulnerabilidade e de crises que culminam em novas internações.

Para compreender a complexidade do uso de SPA's que leva à crise e à internação, é fundamental recorrer à perspectiva clínica, porém, é importante ressaltar que reduzir a causa de qualquer uso de substância à categoria de doença, abre-se um caminho perigoso para a medicalização e a internação indiscriminadas, servindo a uma lógica de controle social (BITTENCOURT, 2010). De acordo com Amarante Silva (2012), a dependência é caracterizada pela necessidade psicológica e física resultante do uso contínuo de certas substâncias químicas que têm a capacidade de modificar os reflexos inatos ou adquiridos. Segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS), a dependência química é caracterizada como um conjunto de comportamentos, cognições e sintomas fisiológicos. Os transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de substâncias psicoativas são classificados no agrupamento F10-F19:

Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico (DATASUS, 2008).

Considerando o marco legal da saúde mental, a Lei nº 10.216/2001 estabelece diretrizes claras que restringem a indicação de internação. Segundo seu Art. 4º, a internação, em qualquer modalidade, deve ser considerada apenas como último recurso, quando os meios extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. O tratamento,

mesmo em regime de internação, deve ter como finalidade permanente a reinserção social do paciente (Art. 4º, § 1º) e deve oferecer assistência integral, incluindo serviços médicos, sociais, psicológicos, ocupacionais e de lazer (Art. 4º, § 2º). Adicionalmente, o Art. 6º garante que qualquer internação psiquiátrica exige um laudo médico circunstanciado que fundamente e caracterize seus motivos, sublinhando o caráter excepcional e altamente regulamentado desse procedimento.

A atuação de profissionais de saúde na área de álcool e outras drogas é prejudicada por deficiências na formação, resultando na negligência de cuidados necessários. Estudos apontam a necessidade de capacitação, especialmente na Atenção Primária, para que os profissionais compreendam o contexto de vulnerabilidade, o uso de drogas e a estigmatização, visando a integralidade do cuidado. Contudo, os processos educacionais são frequentemente pontuais, fragmentados e desarticulados, sem continuidade ou interlocução entre áreas, sustentados pela crença equivocada, presente em gestores e pesquisadores, de que a formação profissional pode gerar mudanças rápidas de atitude, sem considerar a complexidade da incorporação do conhecimento à prática. Outros desafios que comprometem o processo formativo e a prática incluem a falta de engajamento da gestão, a escassez de autonomia profissional, a sobrecarga de trabalho, a alta rotatividade e a dificuldade de comunicação entre os diversos dispositivos do SUS, além da complexidade do tema, da ilegalidade e da persistente perspectiva proibicionista, o que sublinha a ambiguidade da própria política brasileira sobre drogas (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Júnior et al., 2015; Mendes, 2012; Menéndez, 2012; Peyraube, 2017 *apud* Souza e Ronzani, 2018).

Diante do quadro de fragilidade profissional e estrutural evidenciado, torna-se imprescindível recorrer a modelos assistenciais que consigam subverter essa realidade. É nesse sentido que a Redução de Danos se estabelece como a estratégia mais eficaz para a adesão, porque ao priorizar a escuta e o respeito aos direitos humanos, ela consegue criar o vínculo essencial com o usuário. Conforme demonstrado em um estudo sobre o Consultório na Rua, a atuação baseada nos princípios da RD, e não na abstinência, favorecem escuta e vínculo na percepção dos profissionais. Essa confiança estabelecida é o fator que permite que os próprios usuários relatem, posteriormente, a redução do consumo de substâncias psicoativas e a maior aceitação das orientações da equipe, o que confirma a RD como motor de mudança no padrão de uso (LIMA; SEIDL, 2017).

Contudo, a efetividade plena dessa estratégia de vínculo e mudança de padrão de uso não se esgota no ambiente de saúde. Encaminhando-se para a conclusão deste trabalho, é fundamental reiterar a necessidade de garantir um olhar cuidadoso e diferenciado para a criança e o adolescente usuários de substâncias, principalmente em função da fase peculiar de desenvolvimento em que se encontram. No material

“Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos”, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional do Ministério Público (2014), destacam que o uso de substâncias pode ser uma forma de lidar com situações adversas e graves carências sociais, como falta de moradia e acesso à escola, violência e frustrações pessoais. Dessa forma, para abordar toda a complexidade da questão, exige a implementação de estratégias amplas e políticas intersetoriais, que devem ir além da saúde e englobar áreas como cultura, educação, esporte e lazer, e assistência social. Tais ações são vitais para responder às demandas identificadas, criar novas formas de sociabilidade para a juventude e suas famílias e, principalmente, trabalhar na ampla garantia de direitos dessa população, de modo a viabilizar novos projetos de vida (Brasil, 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui um papel estratégico na articulação de práticas que promovam o vínculo e a educação em saúde. Nesse sentido, o estudo de Freitas (2015), ao propor uma intervenção na ESF, exemplifica a importância de ações que transcendem o ambiente clínico, visando a integralidade do cuidado. As propostas incluem a criação de grupos operativos de adolescentes na unidade e nas escolas, essenciais para a construção de um espaço de escuta e confiança. Além disso, o projeto enfatiza a necessidade de políticas intersetoriais de longo prazo, como o aumento das opções de lazer e a oferta de programas profissionalizantes, que, juntamente com o incentivo à frequência escolar, criam novas possibilidades de projeto de vida. Tais ações visam, indiretamente, a diminuição das ocorrências policiais e do tráfico de drogas e a prevenção ao uso e abuso de substâncias psicoativas, reforçando o eixo da Redução de Danos como facilitador da adesão ao cuidado e à reinserção social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa evidenciou que o desafio da não adesão e da alta taxa de internação não reside primordialmente na falha individual do adolescente, mas sim nas profundas contradições estruturais e políticas que orientam o cuidado. Através da revisão de literatura demonstrou-se que, apesar dos avanços legais, o campo da saúde mental e da política sobre drogas para a juventude é continuamente tensionado pela lógica proibicionista, fomentando o estigma e o encarceramento.

Os resultados da discussão indicam que a RD emerge como o principal alinhamento ético e legal ao projeto da Reforma Psiquiátrica, baseando-se na construção de vínculo e reconhecendo o adolescente como sujeito de direitos e o uso de substâncias como um fenômeno complexo e multifacetado, muitas vezes relacionado a intensas vulnerabilidades sociais. Portanto a efetividade da RD depende de uma perspectiva intersetorial e estrutural.

A pesquisa enfrentou dificuldade em localizar na literatura exemplos práticos de estratégias de RD direcionadas especificamente à adolescentes. Essa lacuna, pode ser um reflexo da profunda contradição política que ainda permeia a abordagem do uso de substâncias, refletindo-se, inclusive, na prática cotidiana de profissionais que, muitas vezes, desconhecem, resistem ou são avessos à proposta da RD, dada a hegemonia do modelo abstinente e moralizante. Urge, portanto, que a comunidade científica e os profissionais da área superem essa barreira política e moral, intensificando a produção de estudos, relatos de experiência e pesquisas-ação que detalhem e avaliem as estratégias de RD com adolescentes, fornecendo o subsídio necessário para a consolidação de uma prática mais ética e efetiva, atuando na superação do preconceito e das perspectivas moralizantes, na garantia de direitos e no enfrentamento das desigualdades estruturais.

Em conclusão, a RD não é apenas uma técnica, mas uma postura político-profissional, pois essa abordagem permite que o profissional se aproxime do adolescente em sua própria realidade, respeitando seu tempo e seus objetivos. O processo educativo da RD envolve a troca de informações sobre riscos, a valorização da autonomia e a construção conjunta de metas alcançáveis, o que fortalece a confiança mútua e se torna o principal alicerce para a manutenção do vínculo com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fator crucial para a continuidade do tratamento ambulatorial e, conseqüentemente, para a prevenção de crises que levam à internação.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Renan de Moraes. **Adolescentes e uso problemático de substâncias psicoativas: história e projeto de vida**. 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2020. Disponível em: repositório da PUC-Campinas. Acesso em: 27 ago. 2025.

AMARANTE SILVA, Fernando /Organizadores) **Uso de drogas psicoativas; teoria e métodos para multiplicador prevencionista** – 2ª ed. rev. e ampliada – Rio Grande: CENPRE 2012.

BITTENCOURT, L. **Considerações sobre o consumo de drogas dos adolescentes em conflito com a lei e/ou privados de liberdade**. Comunicação proferida no seminário “Mais Juventude na Saúde: Vamos Falar Disso? Adolescentes em Conflito com a Lei”, realizado em novembro de 2009 pelo Ministério da Saúde. No prelo.

BOKANY, V. **Drogas no Brasil** : entre a saúde e a justiça : proximidades e opiniões. São Paulo : Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

BRAGA, Claudia P; d'OLIVEIRA, Ana Flávia P L. **Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: o circuito do controle.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, e00215520, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xLcspDBnNTcLK9RXvR8QLCc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 jul. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Resolução nº 249, de 10 de maio de 2024.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório 15 anos depois de Caracas: avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 21 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO.

Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 60 p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescente_s_sus.pdf. Acesso em: 12 ago 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS (Departamento de Informática do SUS). **F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.** Brasília, 2008. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm. Acesso em: 9 set. 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; Universidade de Brasília. **Levantamento Nacional do SINASE - 2024.** Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/Levantamento_Nacional_SINASE_2024.pdf. Acesso em: 10 out 2025.

BREINBAUER, C.; MADDALENO, M. (2008). **Novas abordagens para classificar os estágios de desenvolvimento dos adolescentes.** In C. Breinbauer, & M. Maddaleno (Eds), *Jovens: escolhas e mudanças: promovendo comportamentos saudáveis* (pp. 212–221). São Paulo: Roca

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais.** Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17–40, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbnxPbbjDDcKKTdW5m3s/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 maio 2025.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390–398, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/MwhVn9BBDdZQTH6qxsxLNkf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2025.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2000. Dissertacoes/DissertacaoELLEN.pdf. Acesso em: 02 set, 2025.

Domanico A. **História, conceitos e Princípios da Redução de Danos** EM: Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Redução de Danos: Conceitos e Práticas, Material comemorativo aos 30 anos de redução de danos no Brasil, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. 57 p. ISBN: 978-85-62377-21-1 (online) pags 5-15. Disponível em: https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2021/04/UNIVESP_SUPERA13_RD_reduzi do.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

DOMANICO, A.; MACRAE, E. J. B. N. **Estratégias de redução dos danos para uso de crack.** In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006.

FARIA, Ed Carlos Correa de. **Redução de danos em um contexto de “guerra às drogas”: a formação sob a perspectiva de quem atua no SUS.** 2017. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/Secretaria/Downloads/Faria_EdCarlosCorreaDe_M.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

FARIAS, L. L.; OLIVEIRA, A. **A política nacional de drogas: entre retrocessos e deslegitimação da participação social.** In: NEVES, A. V.; GHIRALDELLI, R. Trabalho, democracia e participação no Brasil [online]. Brasília: Editora UnB, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786558461654.0010>. Acesso em: 29 set. 2025.

FIORE, Maurício. **Olugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas.** Novos Estudos Cebrap, n. 92, p. 9-21, [s. l.], 2012.

FREITAS, Luana Oliveira. **O uso e abuso de substâncias psicoativas por adolescentes: uma proposta de intervenção.** 2015. 36 f. Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Uberaba, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/uso-abuso-substancias-psicoativas-adolescentes.pdf>. Acesso em: 02 set 2025.

GALVÃO, M. T. L. et al. **Hospitalizações por transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas em adolescentes no Brasil, 2017–2022**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 33, n. 1, e20231110, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/TkYqfDRmCSmDVf7Nnp3snJ/?lang=pt>. Acesso em: 08 set 2025.

LIMA, H. S. de; SEIDL, E. M. F. **Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos**. Psicologia em Pesquisa, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 33-43, dez. 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1982-12472017000200005&script=sci_arttext. Acesso em: 02 ago. 2025.

MARLLAT, G. A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MEDEIROS, Débora; TÓFOLI, Luís F. **Mitos e Evidências na Construção das Políticas sobre Drogas**. IPEA: Boletim de Análise Político-Institucional, Brasília, n. 18, 2018. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/7788-181206bapi18cap6.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2025.

MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. **Drogas e aids: estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

PEREIRA, Jacqueline; DUARTE, Maristela Nascimento; SANTOS, Gustavo Pontelo. **As crianças no hospital colônia infantil de oliveira (MG): uma história institucional (1931-1974)**. Psicologia & Sociedade, v. 34, e256690, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/sQX4SDFQchsx5Gk4v45dSfw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2025.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico**. Universidade Feevale, Rio Grande do Sul. 2ª edição. 2013.

SANCHEZ, Anderson Pereira. PAIVA, Emerson Luis Neves. **Da política de repressão à redução de danos: questão das drogas no sistema penal e direitos humanos**. Cadernos do V ENCONTRO ANUAL da ANDHEP DIREITOS HUMANOS, DEMOCRACIA e DIVERSIDADE. Belem, Set. 2009, p. 01-24.

SOUZA, Fabiana Érica; RONZANI, Telmo Mota. **Desafios às práticas de redução de danos na atenção primária à saúde**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 23, n. e37383, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/6BjjKWf6GTFnPkCQZ7Ydvnb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2025.

SOUZA, Letícia Fernanda Páscoa de. **Uso de drogas na adolescência: vias de um cuidado marginal**. 2020. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2025. Disponível em: https://portal.fcm.unicamp.br/wp-content/uploads/sites/58/2025/07/leticia_fernanda_pascoa_a_de_souza.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

SURJUS, L; FORMIGONI, M; GOUVEIA, F. **Redução de Danos: Conceitos e Práticas, Material comemorativo aos 30 anos de redução de danos no Brasil**, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018.

TAFFARELLO, Rogerio Fernando. **Drogas: falência do proibicionismo e alternativas de política criminal**. 2009. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-17112011-091652/publico/DISSERT_ACAO_COMPLETA_ROGERIO.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

WOLLMANN, Andrea Madalena. **Drogas, Violência, criminalização ao uso de psicoativos e direitos humanos: contribuições para um debate necessário**. CSOnline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais, ano 3, Ed. 8, set/dez 2009, p. 46-75.

WORM, Naima; MIGANI, Eric José. **Retrocesso na política nacional sobre drogas: aprovação da resolução da abstinência pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas**. Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 81–97, jan./jun. 2019. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadspp/article/view/5561/pdf>. Acesso em: 01 out. 2025.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DEMOGRÁFICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524104>

Endria Mendes Fabrizio

Enfermeira residente do Programa de Saúde Mental do Hospital
Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG/UEPG)

Cristina Berger Fadel

Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade
Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho- SP, docente da Universidade
Estadual de Ponta Grossa no departamento de Odontologia

Claudia Regina Biancato Bastos

Doutora em Tecnologia em Saúde pela PUCPR, docente na Universidade Estadual
de Ponta Grossa e coordenadora de Enfermagem Faculdade Sagrada Família.

RESUMO: Introdução: A saúde mental infanto-juvenil é um componente essencial do bem-estar biopsicossocial, impactando o desenvolvimento acadêmico, social e emocional de crianças e adolescentes. No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) oferece atendimento por meio de serviços como o CAPSi, que acolhe pacientes com transtornos mentais graves e/ou relacionados ao uso de substâncias. **Objetivo:** O estudo tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico e demográfico dos pacientes atendidos no CAPSi, em uma cidade do Paraná, durante o ano de 2024. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, utilizando a coleta de dados a partir de prontuários físicos dos pacientes atendidos no CAPSi. Os dados foram coletados e organizados por meio de instrumento contendo questões biopsicossociais e demográficas. A análise dos dados se deu com uso de estatísticas descritivas simples, utilizando o *Google Sheets* e o *software* Epi-Info. **Resultados:** A maioria dos pacientes atendidos no CAPSi de Ponta Grossa em 2024 se caracterizaram como sexo feminino, com idade entre 15 e 19 anos, residindo com a mãe, matriculados em escola, cursando o ensino fundamental. **Conclusão:**

O estudo evidenciou um perfil infanto-juvenil, com múltiplos transtornos mentais e comportamento autolésivo, uso de álcool e maconha. Os achados reforçam a necessidade de estratégias de prevenção e promoção de saúde mental, além da necessidade de articulação entre a rede.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Serviços de Saúde da Criança; Perfil de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Saúde Mental é conceituada como um bem-estar biopsicossocial e multifatorial do indivíduo que o possibilita desenvolver suas atividades pessoais e assim contribuir com a comunidade em que vive (Brasil, 2024). A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, discorre sobre os direitos da pessoa com transtornos mentais, como o acesso ao tratamento, proteção contra abuso e exploração, entre outros (Brasil, 2001). As políticas públicas deste âmbito do cuidado, permearam desde práticas excludentes e asilares, até o movimento de desinstitucionalização e reinserção social (Costa; Lotta, 2021). Como consequência desta lei, houve uma nova trajetória da Saúde Mental brasileira, a qual ficou marcada pela Reforma Psiquiátrica, com a rearticulação do tratamento e com a participação social de pessoas em sofrimento mental (Sampaio; Bispo Júnior, 2021), em contraposição ao longo período hospitalocêntrico e manicomial.

Diante disso e visando o acolhimento integral de pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) composta por ações intersetoriais em diferentes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticas (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento de Urgências (SAMU), Centros de Convivência e Cultura, Hospitais Gerais, Consultório na Rua e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Ministério da Saúde, 2024).

Atualmente a atenção em saúde mental no Brasil envolve o Governo Federal, Estados e Municípios, sendo os CAPS a sua principal frente de atuação. Consolidados no ano de 2002, pela Portaria nº 366/GM, e divididos de acordo com o número populacional, apresentam as modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, as quais devem ser estabelecidas em área física independente de estrutura hospitalar (Brasil, 2002). Posteriormente a RAPS incluiu, por meio da Portaria 3.088/2011, os transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas subdividindo os CAPS em: CAPS Álcool e Outras Drogas (AD) e CAPS Infanto-juvenil (i) (Brasil, 2011).

Especificamente em relação ao âmbito infanto-juvenil, foco do presente trabalho, o CAPSi realiza o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais

graves e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas, além de situações clínicas que fragilizam o estabelecimento de vínculos e projeto de vida, em municípios ou regiões que possuam mais que 70 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2024). A lógica de inclusão desses sujeitos em políticas públicas nacionais foi impulsionada pela Constituição de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os quais afirmam que os direitos fundamentais e a proteção integral de crianças – pessoas até 12 anos incompletos, e de adolescentes – pessoas de 12 a 18 anos, são responsabilidade da família, da sociedade e do Estado (Brasil, 1988; Brasil, 1990), ressaltando a importância da corresponsabilização na saúde e qualidade de vida.

A saúde mental de crianças vêm sendo então pautada em diversas áreas humanas e da saúde, por meio de políticas públicas, devido ao impacto significativo dos transtornos mentais na qualidade de vida, desenvolvimento acadêmico e social dessa população (Farias; Rodrigues, 2020). Neste sentido, enquadra-se também a saúde mental do adolescente, tal qual necessidade da promoção do bem estar psicológico, a fim de não estender consequências em detrimento de transtornos não identificados ou tratados à fase adulta (OPAS/OMS, 2024).

Ainda neste contexto e no âmbito do SUS, destaca-se a Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil (Brasil, 2005) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Brasil, 2015) como propulsoras das redes de atenção psicossocial brasileiras, em especial na primeira infância e junto a crianças em situação de vulnerabilidade.

Estudos nacionais e internacionais demonstram a alta prevalência e a multiplicidade de agravos mentais em crianças e adolescentes, relacionados à transtornos do neurodesenvolvimento, transtornos disruptivo do controle e da conduta, transtornos de ansiedade, transtorno depressivos, transtornos alimentares, entre e outros (Bustamante e Santos, 2019; Serafim et al., 2019), destacando a importância de projetos multidisciplinares integrados para o cuidado infanto juvenil.

Estudo americano clássico de revisão sistemática da literatura sobre psicopatologia entre crianças e adolescentes releva uma prevalência mundial de problemas psiquiátricos nesses sujeitos entre 8% e 18%, com média global de 15,8% (Roberts et al., 1998). No Brasil, essas taxas variam entre 12,7% e 23,3%, sendo os transtornos de conduta, atenção, hiperatividade e emocionais os mais frequentes (Ferrioli et al., 2007; Brasil, 2013). Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que aproximadamente uma em cada cinco crianças sofre de um transtorno mental (OMS, 2008), sendo a ansiedade o problema brasileiro mais frequente (Brasil, 2013).

Apesar da dimensão dos desafios impostos sobre a saúde de crianças e adolescentes, e a relevância do tema para gestores de políticas públicas, ainda há um número reduzido de estudos que se debruçam sobre dados locais

sistematizados. Pesquisas desse teor são essenciais para fundamentar intervenções e programas singulares, adaptados ao perfil real da população atendida, buscando não apenas tratamento adequado, mas também ações de prevenção e promoção de saúde mental ajustadas ao contexto local.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico e demográfico de pacientes atendidos no CAPSi da cidade de Ponta Grossa - PR, no ano de 2024. Visando contribuir para uma compreensão detalhada desses desafios e o fortalecimento da RAPS, permitindo uma alocação mais eficaz de recursos, melhorias nas estratégias de intervenção e um planejamento mais direcionado das políticas de saúde mental para crianças e adolescentes no referido município.

METODOLOGIA

Este estudo configura-se como transversal, descritivo com abordagem quantitativa. Para a pesquisa documental foram elaboradas as seguintes fases: a) elaboração dos objetivos;

b) elaboração do plano de trabalho; c) identificação das fontes; d) localização das fontes e obtenção do material; e) tratamento dos dados; f) confecção das fichas e redação do trabalho;

g) construção lógica e redação do trabalho (Gil, 2008). A pesquisa quantitativa é centrada na objetividade, baseando-se na análise de dados brutos, coletados por meio de instrumentos padronizados, descrevendo as características e relações entre variáveis pela linguagem matemática, por exemplo (Fonseca, 2002).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), sob o Parecer nº 6.785.628, e contou com a aprovação do Núcleo de Educação Permanente (NEP) e da Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa.

Este estudo possui como cenário o CAPSi de Ponta Grossa - PR, atuante desde o ano de 2012, que realiza o acompanhamento clínico dos usuários, buscando acesso aos seus direitos e a reabilitação psicossocial, composto por equipe multiprofissional.

Inicialmente foi identificada a totalidade de prontuários dos usuários atendidos no CAPSi de Ponta Grossa - PR no ano de 2024, resultando em 374 prontuários para coleta de dados, a qual ocorreu entre o período de abril a julho de 2025.

Foram utilizados como critérios de exclusão: prontuários duplicados, prontuários não localizados, de anos anteriores ou posteriores ao período a ser pesquisado e de paciente que compareceram apenas ao acolhimento inicial, logo, consequentemente

não realizaram acompanhamento pelo CAPSi. Desta forma, foram incluídos 324 prontuários e excluídos 50 prontuários.

A coleta dos dados biopsicossociais e demográficos deu-se a partir dos prontuários físicos, por pesquisador treinado, de acordo com o instrumento elaborado inicialmente no *Word*[®] e transcrito para a na plataforma *Google Forms*.

Os dados serão inicialmente analisados por estatística descritiva simples organizada por estratificação por grupos, considerando os aspectos do instrumento de coleta de dados. Os dados coletados serão organizados no *Google Sheets* e posteriormente analisados com o auxílio do *Epi-Info*, que trata-se de um *software* para análises estatísticas.

RESULTADOS OBTIDOS

Conforme demonstra o quadro 1, evidenciou-se como maior prevalência a faixa etária de 15 a 19 anos (53,4%), do sexo feminino (53,7%), identificação de gênero sem registro em prontuário (91,05%), matriculado em escola (87,65%), cursando o ensino fundamental (51,85%), residindo com a mãe (51,85%) e possuindo a mesma como principal cuidador (64,51%).

VARIÁVEL	N	f (%)
IDADE		
3–4 anos	6	1,85%
5–9 anos	31	9,57%
10–14 anos	114	35,19%
15–19 anos	173	53,40%
Total	324	100,00%
SEXO BIOLÓGICO		
Feminino	174	53,70%
Masculino	150	46,30%
Total	324	100,00%
IDENTIFICAÇÃO DE GÊNERO		
Cisgênero	14	4,32%
Fluido	1	0,31%
Não binário	1	0,31%

Sem registro em prontuário	295	91,05%
Transgênero	13	4,01%
Total	324	100,00%
MATRÍCULA EM ESCOLA		
Ensino médio completo	9	2,78%
Não	28	8,64%
Sem registro em prontuário	3	0,93%
Sim	284	87,65%
Total	324	100,00%
ESCOLARIDADE		
APAE	1	0,31%
EJA	14	4,32%
Ensino fundamental	168	51,85%
Ensino médio	100	30,86%
Nulo	33	10,19%
Sem registro em prontuário	8	2,47%
Total	324	100,00%
RESIDE COM		
Abrigo	14	4,32%
Mãe	168	51,85%
Outros	6	1,85%
Outros familiares	27	8,33%
Pai	18	5,56%
Pais biológicos	82	25,31%
Sem registro em prontuário	9	2,78%
Total	324	100,00%
PRINCIPAL CUIDADOR		
Abrigo	12	3,70%
Mãe	209	64,51%
Outros	6	1,85%

Outros familiares	28	8,64%
Pai	20	6,17%
Pais biológicos	48	14,81%
Sem registro em prontuário	1	0,31%
Total	324	100,00%
BAIRRO DA RESIDÊNCIA		
Nova Rússia / Esplanada	102	31,48%
Santa Paula / Oficinas	116	35,80%
Uvaranas	106	32,72%
Total	324	100,00%

Quadro 1. Dados sociodemográficos da amostra.

Fonte: as autoras, 2025.

No quadro 2 estão demonstrados o perfil epidemiológico dos pacientes, onde em sua maioria apresentam dois transtornos mentais diagnosticados (31,8%), comportamento autolesivo (54,63%), sem uso de substâncias psicoativas como tabaco, álcool, maconha, cocaína e crack.

VARIÁVEL	N	f (%)
QUANTIDADE DE TRANSTORNOS MENTAIS DIAGNOSTICADOS EM CADA PACIENTE (CID)		
0 (nenhum)	92	28,40%
1	99	30,56%
2	103	31,79%
3	23	7,10%
4	6	1,85%
5	1	0,31%
TABACO		
Não	205	63,27%
Sem registro em prontuário	58	17,90%
Sim	61	18,83%

COMPORTAMENTO AUTOLESIVO		
Não	147	45,37%
Sim	177	54,63%
ÁLCOOL		
Não	266	82,10%
Sim	58	17,90%
MACONHA		
Não	254	78,40%
Sim	70	21,60%
CRACK		
Não	308	95,06%
Sim	16	4,94%
COCAÍNA		
Não	297	91,67%
Sim	27	8,33%

Quadro 2. Dados epidemiológicos da amostra.

Fonte: as autoras, 2025.

No quadro 3, percebe-se maior frequência em entrada no CAPS IJ por demanda espontânea (28,7%), com adesão ao tratamento (67,90%), sem uso de medicamentos (28,57%) seguido pelo uso de dois medicamentos (26,40%), sem histórico de internações no ano de 2024 (92,90%).

VARIÁVEL	N	f (%)
ENTRADA NO CAPS IJ		
Ambulatório de saúde mental	11	3,40%
Conselho tutelar	51	15,74%
Demanda espontânea	93	28,70%
Escola	32	9,88%
Outros	64	19,75%

Sem registro em prontuário	18	5,56%
UBS	31	9,57%
UPA	24	7,41%
ADESÃO		
Não	104	32,10%
Sim	220	67,90%
NÚMERO DE MEDICAÇÕES EM USO		
0 (nenhuma)	92	28,57%
1	58	18,01%
2	85	26,40%
3	58	18,01%
4	21	6,52%
5	6	1,86%
6	1	0,31%
7	1	0,31%
QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES		
0	301	92,90%
1	16	4,94%
2	4	1,23%
3	3	0,93%
MODALIDADE DE INTERNAMENTO		
Internação compulsória	2	0,62%
Internação involuntária	3	0,93%
Internação voluntária	1	0,31%
Não se aplica	301	92,90%
Sem registro em prontuário	17	5,25%

Quadro 3. Dados referentes ao tipo de acesso, adesão e tratamento dos pacientes da amostra.

Fonte: as autoras, 2025.

DISCUSSÃO

Com relação ao sexo biológico, publicações em diferentes pesquisas apontam predomínio do masculino e a ascensão do sexo feminino, porém ainda em menor quantidade (Grillo *et al.*, 2023; Leitão *et al.*, 2020; Cabrini de Lima, Unis Castan, Moreira Lima, 2023; Mendes, Lira, 2020; Silva *et al.*, 2021). O que destoa do identificado neste estudo, que teve maior frequência do sexo feminino. Pesquisa de Oliveira *et al.* (2022) que procurou descrever os transtornos mentais dos tipos emocionais e comportamentais em crianças de 2 a 6 anos, observou predomínio no sexo masculino quanto a desordem reatividade emocional (39,3%) e menor índice em problemas com o sono (9%); já no sexo feminino as desordens de depressão (34,2%) e complicações somáticas (34,2%) foram as identificadas com maior frequência, enquanto que a timidez/isolamento (2,85%) com menor frequência.

Com relação à faixa etária, diferentes estudos apontam maior porcentagem de ocorrência nas idades entre 11 e 18 anos nos estudos (Grillo *et al.*, 2023; Leitão *et al.*, 2020; Lima, Castan, Lima, 2023; Mendes, Lira, 2020). Os achados desta pesquisa confirmam esse padrão, destacando prevalência entre 15 e 19 anos (53,40%). Quanto à escolaridade, a literatura descreve maior frequência entre adolescentes do ensino fundamental e médio (Grillo *et al.*, 2023; Leitão *et al.*, 2020), o que também foi evidenciado neste estudo.

No aspecto dos encaminhamentos, estudos anteriores evidenciam que a maior parte das admissões ao CAPSi ocorre por encaminhamentos realizados pela Atenção Básica (Grillo *et al.*, 2023; Leitão *et al.*, 2020;). Entretanto, no presente estudo, grande parte dos atendimentos foi por demanda espontânea (28,70%), seguido de encaminhamentos realizados pelo conselho tutelar (15,74%). Esse dado pode refletir maior fragilidade na integração da rede de atenção à saúde e um ponto importante a ser investigado e discutido nas vertentes da gestão em saúde do local.

No que se refere ao uso de medicamentos, Grillo *et al.* (2023) identificaram polifarmácia em 52,6% dos casos analisados, resultado semelhante ao encontrado nesta pesquisa (53,41%). Com relação ao uso de substâncias, Mendes e Lira (2020) verificaram predominância de múltiplas substâncias, em especial canabinóides e álcool, achado que dialoga com os resultados deste estudo, no qual a maconha e o álcool se destacaram como drogas mais prevalentes.

No que tange à identidade de gênero, a presente pesquisa revelou lacuna significativa, já que 91,05% dos prontuários analisados não continham essa informação. Esse dado evidencia a invisibilidade de grupos que não se enquadram na cisnormatividade, restringindo análises mais consistentes e limitando a implementação de estratégias adequadas, além do que pode indicar o desmerecimento da importância deste dado pelos profissionais responsáveis

por coletar essa informação. Estudos recentes apontam que adolescentes trans ou com identidades de gênero diversas apresentam maiores índices de sintomas depressivos e risco elevado de autolesão (Marconi *et al.*, 2023; Hou *et al.*, 2025). Real *et al.* (2024) acrescentam que mudanças na identidade de gênero ao longo do tempo se associam a maiores níveis de depressão, frequentemente explicados por experiências de violência de gênero.

O resultado de que 92,90% das crianças e adolescentes atendidos no CAPSi não precisaram de internação psiquiátrica reforça a importância dos serviços comunitários de saúde mental como dispositivos substitutivos, capazes de ofertar cuidado integral em liberdade. Esse dado está em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental, que priorizam o acompanhamento territorial e a redução das internações, reservando-as apenas para situações graves e de risco iminente (Brasil, 2001; Brasil, 2011).

Estudos nacionais indicam que a maior parte da demanda infantojuvenil pode ser manejada em serviços extra-hospitalares, com uso de estratégias psicossociais, atendimento multiprofissional e suporte familiar (Costa *et al.*, 2021; Dantas; Oliveira; Souza, 2020). A baixa taxa de necessidade de internação também evidencia a efetividade dos CAPSi como ponto de atenção resolutivo na RAPS, evitando rupturas escolares, sociais e familiares que costumam acompanhar internações prolongadas (Santos *et al.*, 2022).

Adicionalmente, pesquisas internacionais apontam que intervenções precoces em serviços comunitários reduzem o risco de cronificação dos transtornos mentais e minimizam custos hospitalares (Thapa *et al.*, 2023). O presente achado, portanto, confirma o potencial protetivo do CAPSi, indicando que o investimento em serviços territoriais pode reduzir significativamente a necessidade de hospitalizações, ao mesmo tempo em que promove cuidado contínuo e humanizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu analisar os prontuários e a partir deles, identificar perfil epidemiológico e sociodemográfico dos usuários atendidos no CAPSi. Os resultados obtidos reforçam a importância de ajustar e direcionar as estratégias de assistência para a saúde mental do público infantojuvenil, promovendo um atendimento mais assertivo e adequado às demandas identificadas e assim subsidiar práticas multiprofissionais na área.

Enquanto limitações deste estudo pode-se citar a ausência de alguns dados, como a identificação de gênero, uso de tabaco e a modalidade da internação, que influenciam em uma análise mais detalhada e específica, tais dados possuem

fragilidade na coleta e registro no prontuário. Nesta perspectiva pontua-se também a evidente escassez de estudos para esta população.

Outro aspecto relevante é a alta frequência de uso de polifármacos, o que exige acompanhamento rigoroso, considerando os riscos de efeitos adversos e a influência na adesão ao tratamento. Além disso, a diversidade de portas de entrada no serviço reforça a importância de articulação entre CAPSi, escolas, atenção básica, conselho tutelar e redes de proteção social, fortalecendo a integralidade do cuidado.

Ainda que apresente resultados consistentes, este estudo não abarca toda a complexidade do fenômeno analisado, sendo relevante a realização de estudos futuros que abarque a população infanto-juvenil, com aprofundamento em questões de tratamento, transtornos mentais descritos, estratégias utilizadas, principais queixas, padrão de uso de substância, por exemplo, de modo a permitir análises mais robustas e conclusões ainda mais consistentes, capaz de subsidiar práticas transformadoras e políticas públicas efetivas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 fev. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 05 setembro 2024.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 13 agosto 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2005, v. 2. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf. Acesso em: 13 setembro 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial**. Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 22 agosto 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Expansão dos serviços de saúde mental ultrapassa meta prevista para 2024**. Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/expansao-dos-servicos-de-saude-mental-ultrapassa-meta-prevista-para-2024>. Acesso em: 04 janeiro 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial**. Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 22 agosto 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 09 agosto 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental - Cadernos de Atenção Básica, nº34**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 24 fevereiro 2025.

BRASIL. **Portaria n. 1.130, de 05 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 05 setembro 2024.

BRASIL. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 22 agosto 2024.

BUSTAMANTE, Vania; SANTOS, Ana Marcena. Perfil de usuários e modos de frequentar um espaço de saúde mental infantil. **Revista de Psicologia** [online], Fortaleza - CE, 2019, v. 10, n. 2, p. 105–118. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/33592>. Acesso em: 13 setembro 2024.

CABRINI DE LIMA, Antonella; UNIS CASTAN, Juliana; MOREIRA LIMA, Flávia. Características clínicas e sociodemográficas dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil em Porto Alegre a partir do sistema de gerenciamento de consultas (GERCON). **Clinical and Biomedical Research**, v. 43, n. 2, 2023. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/126971>. Acesso em: 17 set. 2025.

COSTA, M. F. *et al.* Serviços substitutivos de saúde mental e a redução de internações psiquiátricas em crianças e adolescentes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, n. 1, e20200123, 2021. Acesso em: 27 set. 2025.

COSTA, Maria Izabel Sanches; LOTTA, Gabriela Spanghero. De “doentes mentais” a “cidadãos”: análise histórica da construção das categorias políticas na saúde mental no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], São Paulo - SP, 2021, v. 26, p. 3467-3479. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.22712019>. Acesso em: 13 agosto 2024.

DANTAS, C. R.; OLIVEIRA, L. S.; SOUZA, R. P. A resolutividade dos CAPSi na atenção infantojuvenil: uma análise crítica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 2, p. 1-15, 2020. Acesso em: 27 set. 2025.

FARIA, Nicole Costa; RODRIGUES, Marisa Cosenza. Promoção e prevenção em saúde mental na infância: implicações educacionais. **Psicologia da educação** [online], São Paulo - SP, 2020, n. 51, p. 85-96. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicoeduca/article/view/51421>. Acesso em: 18 novembro 2024.

FERRIOLI, Sílvia Helena Tortul; MARTURANO, Edna Maria; PUNTEL, Ludmila Palucci. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública** [online], 2007, v. 41, n. 2, p. 251-259. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000017>. Acesso em: 24 fevereiro 2025.

FONSECA, João José Saraiva da Fonseca. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza - CE, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo - SP, Atlas S.A., 2008.

GRILLO, Luciane Peter *et al.* PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SUL DO BRASIL. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 5, p. 2583-2600, 2023. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/9853>. Acesso em: 17 set. 2025.

HOU, F. *et al.* Gender diversity and mental health among adolescents: a population-based study. *BMC Public Health*, v. 25, n. 21854, p. 1-12, 2025. Acesso em: 27 set. 2025.

LEITÃO, Igor Brum *et al.* Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. **Psicologia USP**, v. 31, p. e190011, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190011>. Acesso em: 17 set. 2025.

MARCONI, C. *et al.* Mental health in transgender and gender-diverse adolescents: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 17, n. 23, p. 1-16, 2023. Acesso em: 27 set. 2025.

MENDES, Marília Matasha Morais de Oliveira; LIRA, Rafaela Cavalcanti. Infância, adolescência e substâncias psicoativas: atendimentos realizados nos CAPS da I Macrorregião de Saúde de Pernambuco. **Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco**, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129422/artigo-marila-matashapdf.pdf>. Acesso em: 17 set. 2025.

OLIVEIRA, Sânya Pedrosa *et al.* Transtornos mentais em crianças no contexto de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 12, 2022. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4342>. Acesso em: 27 set. 2025.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Saúde mental dos adolescentes**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acesso em: 18 novembro 2024.

REAL, F. G. *et al.* Trajectories of gender identity and depressive symptoms in adolescence. *JAMA Network Open*, v. 7, n. 8, e2818886, 2024. Acesso em: 27 set. 2025.

ROBERTS, Robert. E.; ATKISSON, C. Clifford; ATKISSON, Abram. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. **The American journal of psychiatry** [online], 1998, v. 155, n. 6, p. 715–725. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.6.715>. Acesso em: 24 fevereiro 2025.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], Rio de Janeiro - RJ, 2021, v. 19, p. e00313145. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso em: 12 agosto 2024.

SANTOS, L. M. *et al.* O papel dos CAPSi na prevenção de internações psiquiátricas: análise de experiências no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 4, p. e00081221, 2022. Acesso em: 27 set. 2025.

SERAFIM, Maísa Pedro da Silva; SILVA, Dipaula Minotto da; BRUNEL, João Luiz; GOMES, Karin Martins. Perfil das crianças usuárias do ambulatório de saúde mental do município de Içara – SC. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia** [online], Londrina - PR, 2019, v. 10, n. 2, p. 192–209. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/29908>. Acesso em: 13 setembro 2024.

SILVA, Luiz Gustavo *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI). **Revista Saúde & Ciência**, v. 10, n. 1, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/412>. Acesso em: 17 set. 2025.

THAPA, P. *et al.* Community-based child and adolescent mental health services: reducing hospitalization and improving outcomes. *International Journal of Mental Health Systems*, v. 17, n. 1, p. 25-34, 2023. Acesso em: 27 set. 2025.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563680>. Acesso em: 24 fevereiro 2025.

RACISMO ESTRUTURAL, SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE NEGRA: UMA ANÁLISE PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL BRASILEIRO

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524105>

Melissa Vitoria Araujo Faustino

Caroline De Souza Bonfim

RESUMO : Neste artigo aborda-se os impactos do racismo estrutural na saúde mental e na motivação de trabalhadores negros no contexto organizacional. Parte-se do pressuposto de que o racismo, enquanto estrutura histórica e sistêmica, atua diretamente sobre os processos subjetivos de profissionais negros, comprometendo pilares fundamentais da motivação intrínseca, como autonomia, competência e pertencimento. A partir de uma abordagem bibliográfica, o estudo articula a Teoria da Autodeterminação (Deci; Ryan, 1985) com autores críticos como Silvío Almeida (2018), Grada Kilomba (2019), Neusa Santos Souza (2009) e Christophe Dejours (1992), evidenciando como as instituições reproduzem práticas que silenciam, deslegitimam e adoecem sujeitos racializados. O trabalho também explora dados recentes de fontes como IBGE, IPEA, GPTW e Instituto Ethos, reforçando a importância de uma Psicologia Organizacional eticamente comprometida com a equidade racial. Considera-se que o enfrentamento do sofrimento psíquico de profissionais negros exige não apenas escuta clínica, mas transformação institucional e epistemológica.

PALAVRAS-CHAVE: Racismo estrutural. Psicologia Organizacional. Saúde mental. Motivação. Subjetividade negra.

Structural Racism, Mental Health, and Black Subjectivity: A Psychosocial Analysis in the Brazilian Organizational Context

ABSTRACT: This article analyzes the impacts of structural racism on the mental health and motivation of Black workers within organizational contexts. It is based on the premise that racism, as a historical and systemic structure, directly affects the subjective processes of Black professionals, undermining key pillars of intrinsic motivation such as autonomy, competence, and belonging. Through a bibliographic approach, the study articulates Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 1985) with critical authors such as Silvio Almeida (2018), Grada Kilomba (2019), Neusa Santos Souza (2009), and Christophe Dejours (1992), highlighting how institutions reproduce practices that silence, delegitimize, and psychologically harm racialized individuals. The article also explores recent data from sources like IBGE, IPEA, GPTW, and Instituto Ethos, reinforcing the need for Organizational Psychology to ethically engage with racial equity. It concludes that addressing the psychological suffering of Black professionals requires not only clinical listening but also institutional and epistemological transformation.

KEY-WORDS: Structural racism. Organizational Psychology. Mental health. Motivation. Black subjectivity.

INTRODUÇÃO

“O racismo não se trata de um erro de percurso, mas de uma engrenagem que estrutura o funcionamento da sociedade.” (Almeida, 2018, p.32)

No Brasil, país fundado sob os alicerces da escravidão e da desigualdade racial, o racismo permanece operando como uma engrenagem ativa na organização das relações sociais, inclusive no mundo do trabalho. Ainda que discursos institucionais puguem neutralidade, meritocracia e igualdade de oportunidades, trabalhadores negros seguem enfrentando, cotidianamente, práticas sutis — e outras nem tão sutis — de desqualificação simbólica, invisibilização e silenciamento. Esse processo gera efeitos concretos sobre a saúde mental, a identidade profissional e, sobretudo, sobre os níveis de motivação e pertencimento desses sujeitos dentro das organizações.

Diante desse cenário, torna-se fundamental questionar: como é possível falar em motivação quando a estrutura organizacional, marcada pelo racismo, opera para minar a autonomia, a competência e o sentimento de pertencimento dos sujeitos negros? Parte-se do pressuposto que a maior parte das teorias clássicas de motivação, largamente aplicadas no campo da Psicologia Organizacional, ainda ignora a influência de marcadores sociais como raça, gênero e classe, tratando o indivíduo como uma unidade abstrata e descontextualizada. Essa omissão produz não apenas uma leitura incompleta, mas também perigosa, que naturaliza o sofrimento e reforça a desigualdade sob o véu da neutralidade científica.

Este artigo investiga os impactos do racismo estrutural na motivação e na saúde mental de trabalhadores negros em ambientes organizacionais, analisando como a lógica institucional racializada interfere nos processos subjetivos relacionados ao engajamento, à autoestima profissional e ao pertencimento. A proposta consiste em articular a Teoria da Autodeterminação (DECI; RYAN, 1985) com os aportes críticos de autoras e autores como Silvio Almeida (2018), Grada Kilomba (2019), Neusa Santos Souza (2009) e Christophe Dejours (1992), ampliando o olhar da Psicologia Organizacional para além das abordagens funcionalistas e normativas.

A relevância desta reflexão reside em reconhecer que não há saúde mental possível onde o sujeito é constantemente convidado a se apagar. Ao denunciar a desumanização e o sofrimento psíquico de profissionais negros — muitas vezes tratados como exceção ou como “inspiradores” por sua resistência solitária — este trabalho também convoca a Psicologia a ocupar uma posição ética e politicamente comprometida com a transformação institucional e a promoção da justiça social.

Trata-se de uma pesquisa teórica, de caráter bibliográfico, baseada em artigos científicos, livros e dados estatísticos de fontes como o IBGE, IPEA, Instituto Ethos e GPTW. A metodologia consiste em revisão crítica da literatura, com enfoque qualitativo, buscando construir uma análise interseccional, situada e dialética.

O texto está organizado em quatro seções principais: a primeira apresenta os referenciais teóricos sobre racismo estrutural, motivação e subjetividade; a segunda aprofunda os dados e contextos que revelam o impacto do racismo nas organizações; a terceira discute, com base crítica, as limitações da Psicologia diante dessa realidade; e a última seção traz as considerações finais, propondo caminhos éticos e epistemológicos para a atuação da Psicologia frente ao sofrimento racializado no trabalho.

Assim, o presente artigo não pretende apenas teorizar sobre o sofrimento negro, mas afirmar a urgência de uma Psicologia que escute, reconheça e atue — não para adaptar o sujeito à dor, mas para transformá-la em denúncia e possibilidade de reinvenção.

RACISMO ESTRUTURAL: CONCEITO, ORIGENS E MANIFESTAÇÕES

O racismo não é um desvio da norma: ele é a própria norma. Não atua apenas quando alguém ofende, exclui ou agride. Ele opera silenciosamente nas estruturas sociais, nos códigos institucionais e nas práticas cotidianas que parecem neutras, mas que reforçam desigualdades históricas profundamente enraizadas. Como afirma Almeida (2018, p. 27) “O racismo não é uma anomalia, mas um componente funcional da sociedade brasileira.”

Compreender o racismo estrutural exige, antes de tudo, olhar para a história do Brasil como uma história de exclusão organizada. Durante mais de três séculos, a população negra foi submetida à escravidão legalizada. Mesmo após a abolição, o que se instituiu foi uma “liberdade” baseada na exclusão, sem reparações, sem inclusão cidadã e sem transformação das estruturas de poder. As instituições — escolas, empresas, sistema judiciário, políticas públicas — seguiram sendo estruturadas para manter privilégios brancos, ainda que por meio de linguagens neutras e administrativas (ALMEIDA, 2018).

É nesse contexto que o conceito de racismo estrutural ganha centralidade. Segundo Almeida (2018), o racismo estrutural é aquele que transcende a ação individual e se manifesta nos processos sociais que reproduzem desigualdades raciais de maneira sistemática. Trata-se de um modelo de organização que produz e mantém hierarquias raciais, naturalizando a inferiorização da população negra. A estrutura não depende da intenção do sujeito — ela funciona mesmo quando o agente nega ser racista, pois está enraizada no funcionamento cotidiano das instituições.

O racismo não se reduz a atos isolados de discriminação, mas se estrutura como uma lógica que organiza a sociedade em seus diversos níveis: econômico, político, simbólico e subjetivo. Ele opera naturalizando a inferiorização do outro e transformando a desigualdade em destino. (Carneiro, 2011, p. 55).

Nesse sentido, o ambiente de trabalho é um dos espaços onde essa estrutura se expressa com clareza. A desconfiança velada sobre a competência do profissional negro, a ausência de lideranças negras em cargos de decisão, o questionamento do pertencimento e o silenciamento de vivências raciais não são casos isolados — são expressões do sistema. Como observa Almeida e Guimarães Júnior (2023), o racismo nas organizações se reproduz justamente quando se afirma uma falsa neutralidade institucional, ocultando as assimetrias de poder por trás de discursos de “mérito”, “perfil profissional” ou “postura adequada”.

“Ao pensar o racismo como um fenômeno estrutural, desloca-se o foco do julgamento moral do indivíduo para a crítica das instituições e seus modos de funcionamento” (Almeida, 2018, p. 15).

A meritocracia, frequentemente utilizada como justificativa para a ausência de pessoas negras em espaços de destaque, ignora deliberadamente as barreiras históricas e simbólicas que impedem o acesso e o reconhecimento dessas pessoas. Como aponta Souza (2017), o discurso meritocrático no Brasil atua como um “dispositivo de naturalização da desigualdade”, transformando privilégios herdados em supostos méritos individuais. Isso contribui para a culpabilização do sujeito negro por seu insucesso, quando, na verdade, o que está em jogo é a ausência de condições equitativas de partida.

Além disso, o racismo estrutural atua também sobre a linguagem e os símbolos. A branquitude é tratada como universal, enquanto a negritude é vista como “outro”, como exceção, como desvio. Essa lógica simbólica opera como exclusão subjetiva, que coloca o sujeito negro em constante estado de vigilância, autocensura e esforço de adaptação. Não basta ser competente: é preciso “se provar”, o tempo todo, para ser aceito como “normal”.

“A estrutura do racismo não é um conjunto de atos isolados, mas um sistema de relações sociais historicamente construídas que privilegia determinados grupos raciais em detrimento de outros” (Almeida, 2018, p. 27).

Essa estrutura é invisível para quem dela se beneficia. Mas para quem é alvo, ela se manifesta em cada detalhe: nas oportunidades que não chegam, nos olhares que evitam, nos comentários disfarçados, nas portas fechadas. No ambiente de trabalho, isso se traduz em sofrimento psíquico constante, que, como veremos adiante, impacta profundamente a motivação, o bem-estar e a saúde mental de pessoas negras. (ALMEIDA, 2018).

Com isso, não se pode mais tratar o racismo como um “problema de atitudes individuais”. Ele é um projeto social reproduzido pelas instituições e legitimado pela omissão. Para a Psicologia, reconhecer isso é não apenas uma exigência ética, mas uma condição para uma prática comprometida com a justiça social. O sujeito negro que sofre no ambiente de trabalho não sofre por fragilidade pessoal — ele sofre porque a estrutura foi desenhada para excluir sua existência.

SUBJETIVIDADE NEGRA E EXCLUSÃO SIMBÓLICA NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

Falar sobre racismo estrutural é, também, falar sobre como ele atravessa a constituição da subjetividade. A exclusão da população negra não ocorre apenas em níveis materiais — como acesso à educação, saúde ou mercado de trabalho —, mas também em uma dimensão simbólica, que atua silenciosamente na forma como esses sujeitos se percebem e são percebidos. Trata-se de uma violência que ultrapassa o físico e alcança o psíquico, gerando efeitos profundos na autoestima, na motivação, na identidade e no desejo.

Souza (2009), em sua obra seminal *Tornar-se negro*, apresenta com precisão o dilema vivido por sujeitos negros em uma sociedade estruturada pela branquitude como norma. Para a autora, o processo de construção da identidade negra é marcado por sofrimento, desconfiança de si e negação de pertencimento, pois o sujeito aprende, desde cedo, a se ver através dos olhos do outro — um outro que o rejeita, inferioriza e silencia. Segundo ela:

“O negro, ao perceber-se como tal, já traz consigo uma carga de inferioridade internalizada, resultado de um processo de desvalorização histórica e simbólica” (Souza, 2009, p. 23).

Essa percepção internalizada é uma forma de exclusão subjetiva, na qual o sujeito não apenas é impedido de ocupar espaços — ele é treinado a acreditar que não pertence a esses espaços. No ambiente de trabalho, esse sentimento é constantemente reativado por olhares de desconfiança, pela ausência de referências negras em posições de liderança e por uma cultura organizacional que não reconhece nem valida as experiências racializadas. Isso produz, no indivíduo, uma sensação permanente de deslocamento (KILOMBA, 2019; SOUZA, 2009).

Complementando essa perspectiva, Fanon (1952) aprofunda a ideia de que o racismo atua como uma força alienante na construção do “eu”. O autor explica que o sujeito negro, ao viver em um mundo normatizado pela branquitude, passa a usar uma “máscara” como mecanismo de sobrevivência. Ele adapta sua fala, seu comportamento e até sua afetividade para se aproximar de um ideal que o rejeita. Essa violência psíquica não é visível — mas é sentida todos os dias. Segundo Fanon (1952, p. 89): “Não sou apenas responsável pelos meus atos, mas também por todos os preconceitos do outro.”

A subjetividade negra, nesse contexto, torna-se campo de disputas constantes. De um lado, o desejo de se afirmar como sujeito pleno, digno de existir com autenticidade. De outro, a necessidade de se adaptar para sobreviver em um ambiente que o rejeita sutilmente. Essa tensão produz sofrimento psíquico, ansiedade, medo de fracassar, sensação de não ser suficiente, ainda que objetivamente o sujeito seja competente e bem formado. (SOUZA, 2009; KILOMBA, 2019).

De acordo com Alencar e Silva (2021), que realizaram uma revisão sistemática sobre trabalho, racismo e sofrimento psíquico, diversos trabalhadores negros relatam que sua identidade racial é constantemente silenciada nas empresas, e que qualquer tentativa de expressar sua negritude é tratada como inadequada ou agressiva. A consequência disso é a construção de subjetividades fragmentadas, que operam sob a lógica do “não sou o que esperam, mas não posso ser quem sou”.

Essa cisão interna impacta diretamente o engajamento e a motivação. Como desenvolver senso de pertencimento em um espaço que exige que se apague partes fundamentais de si? Como sentir-se valorizado se, mesmo ao ocupar uma vaga, o sujeito negro é sempre visto como exceção, nunca como referência? Essa forma de exclusão simbólica alimenta sentimentos de inadequação e baixa autoestima, e reforça a ideia de que o sucesso profissional negro é “raro” ou “milagroso” — quando, na verdade, é produto de esforço muitas vezes superior ao de colegas brancos. (SOUZA, 2009; GONZALEZ, 2018; KILOMBA, 2019; CARNEIRO, 2011).

“A exclusão simbólica não se dá pela ausência do sujeito, mas pela sua presença desautorizada” (Kilomba, 2019, p. 72).

Essa frase de Grada Kilomba resume com precisão o que ocorre nas relações de trabalho: o sujeito negro está presente, mas sua presença é constantemente colocada em dúvida. Ele precisa provar, o tempo todo, que merece estar ali. Essa repetição contínua de provas não ditas, de testes invisíveis, de dúvidas implícitas, cria um cenário de vigilância subjetiva permanente, onde relaxar é um privilégio que não lhe é permitido.

A Psicologia, diante disso, tem um papel urgente. Ao compreender que o sofrimento do sujeito negro não nasce de sua fragilidade, mas da estrutura que nega seu direito de ser, ela precisa romper com práticas universalizantes que desconsideram o recorte racial. É preciso escutar o sujeito em sua singularidade, mas sem despolitizar a escuta. Subjetividade negra e exclusão simbólica não são experiências periféricas: são centrais para entender como o racismo estrutura o mal-estar na vida cotidiana — inclusive e especialmente no mundo do trabalho.

SOFRIMENTO PSÍQUICO NO TRABALHO: ENTRE A INVISIBILIDADE E A NATURALIZAÇÃO DA DOR

Para muitos indivíduos, o trabalho representa uma via de reconhecimento, realização pessoal e pertencimento social. Para outros, no entanto — especialmente para pessoas negras — o ambiente corporativo transforma-se em um espaço de tensões invisíveis, exclusões sutis e dores que se acumulam sem nome. O sofrimento psíquico que emerge dessas relações vai muito além do estresse cotidiano: ele é atravessado por marcas históricas, simbólicas e raciais que, muitas vezes, as instituições preferem ignorar.

A psicodinâmica do trabalho, proposta por Christophe Dejours (1992), é fundamental para compreender essas manifestações. Segundo o autor, todo trabalho envolve sofrimento, mas ele pode ser resignificado se o trabalhador encontra reconhecimento em sua atividade. Quando esse reconhecimento é negado — especialmente por fatores de discriminação estrutural — o sofrimento se torna patogênico, produzindo angústia, bloqueios subjetivos e sintomas psíquicos. Como afirma Dejours (1992, p. 70): “O sofrimento patogênico é aquele que não encontra mediação possível entre a realidade do trabalho e a subjetividade do trabalhador.”

Essa teoria se materializa cotidianamente nas vivências de trabalhadores negros que, mesmo altamente qualificadas, são tratadas como “exceções” ou “deslocadas” nos ambientes profissionais. Imagine uma mulher negra, pós-graduada, com experiência reconhecida, cuja liderança é constantemente deslegitimada em reuniões — não por erros técnicos, mas por “tom de voz inadequado” ou “postura incisiva”. Trata-se de

uma forma de exclusão simbólica que mina, dia após dia, o senso de pertencimento e autoestima dessa profissional. (KILOMBA, 2019; SPINK, 2013).

Essa dinâmica é frequentemente desconsiderada pelas empresas, que optam por interpretar esses efeitos como “falta de preparo emocional” ou “dificuldade de adaptação”. A cultura meritocrática se torna, então, um discurso que esconde a estrutura desigual. Segundo a pesquisa “Diversidade, inclusão e pertencimento” (GPTW, 2023), profissionais negros afirmam não se sentirem à vontade para se expressar livremente no trabalho. O dado é reforçado por um levantamento do IPEA (2019), que mostra que apenas uma parte das pessoas negras sentem que têm as mesmas oportunidades que pessoas brancas em seus ambientes profissionais.

“O sofrimento, nesse contexto, não é apenas efeito colateral: ele é estrutural. A negação do sujeito, sua deslegitimação constante, faz parte da engrenagem” (Dejours, 1992, p. 88).

Outro elemento importante — e pouco abordado — é o papel da linguagem institucional. Expressões como “fit cultural”, “perfil ideal” ou “boa energia” operam como filtros simbólicos de exclusão, dificultando o ingresso e a permanência de quem não se encaixa no modelo dominante, quase sempre branco e eurocentrado. Essa retórica aparentemente neutra reforça uma subjetividade organizacional que naturaliza a exclusão como critério de profissionalismo.

Alencar e Silva (2021) reforçam que pessoas negras, ao adentrarem esses espaços, enfrentam um ciclo permanente de autovigilância, esgotamento emocional e sensação de inadequação. Esses efeitos não decorrem de fragilidades individuais, mas de uma estrutura que exige apagamento constante para que haja aceitação.

Kilomba (2019) observa que a dor racializada, quando expressa, é tratada como exagero ou vitimismo. Essa deslegitimação leva ao silêncio e, em última instância, ao adoecimento. A invisibilidade da dor é, portanto, parte da violência. Souza (2009) complementa esse olhar ao afirmar que o indivíduo negro carrega, desde muito antes de chegar ao mercado de trabalho, marcas históricas de desvalorização e exclusão que fragilizam seus recursos psíquicos de enfrentamento.

Os dados evidenciam essa estrutura excludente: de acordo com o Instituto Ethos (2016), entre as 500 maiores empresas do Brasil, aproximadamente 4,7% dos cargos executivos são ocupados por pessoas negras, embora estas representem 56% da população brasileira, segundo o IBGE (2022). A discrepância entre a composição demográfica do país e os espaços de poder revela que o sofrimento psíquico vivenciado por esses profissionais não é resultado de casos isolados — é o reflexo de uma estrutura institucional que adoee e marginaliza.

A Psicologia, diante desse cenário, não pode se omitir. É papel da profissão não apenas escutar, mas também denunciar e transformar. Isso exige uma prática

ética que vá além da escuta clínica e se comprometa com a crítica institucional. Como lembra Dejours (1992), o sofrimento não pode ser tratado como fragilidade do indivíduo, mas como sintoma de um modelo organizacional que, muitas vezes, adoece para manter-se funcional.

Diante disso, cabe uma pergunta essencial: como sustentar o desejo de pertencer, de crescer e de contribuir dentro de estruturas que negam sistematicamente o valor do sujeito? Como manter viva a motivação — especialmente a motivação intrínseca — quando a identidade é, diariamente, silenciada? Esse questionamento nos leva, inevitavelmente, à próxima discussão: como o racismo institucional impacta os mecanismos motivacionais de pessoas negras no trabalho?

RACISMO E MOTIVAÇÃO: ENTRE A EXCLUSÃO SIMBÓLICA E A PERDA DA MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA

Compreender o impacto do racismo estrutural nas dinâmicas motivacionais exige uma abordagem que vá além das explicações individualizantes. É preciso olhar para o modo como a exclusão simbólica afeta diretamente os elementos que sustentam a motivação — sobretudo a motivação intrínseca, que está ligada ao sentido, à autonomia e ao sentimento de competência do sujeito no ambiente de trabalho.

De acordo com a Teoria da Autodeterminação Deci e Ryan (1985), a motivação humana é sustentada por três pilares psicológicos fundamentais: autonomia, competência e pertencimento. Quando esses elementos são violados ou não reconhecidos, o indivíduo tende a desenvolver formas de desmotivação, apatia, esgotamento emocional ou submissão. No caso das pessoas negras, esses pilares são sistematicamente abalados pelas formas institucionais do racismo.

O pertencimento, por exemplo, é comprometido quando a presença da pessoa negra nos espaços organizacionais é tratada como exceção, como símbolo de “inclusão” e não como parte natural do quadro profissional. A autonomia é restringida quando essa presença precisa, constantemente, se adequar a códigos brancos de comportamento, fala e postura. E a competência é questionada por olhares de dúvida, microagressões e desconfiança, mesmo diante de resultados concretos.

Parafraseando Deci e Ryan (2000) “Não há como florescer no trabalho quando se precisa, diariamente, provar que se é digno de estar ali.”

Como ainda sintetizam Edward L. Deci e Richard M. Ryan (2000), não há como florescer no trabalho quando se precisa, diariamente, provar que se é digno de estar ali. Essa realidade se materializa nos dados: segundo o Instituto Ethos (2016), entre as 500 maiores empresas do Brasil, aproximadamente 4,7% dos cargos de liderança são ocupados por pessoas negras, apesar de essas representarem cerca

de 56% da população brasileira (IBGE, 2022). Essa discrepância revela um sistema organizacional que dificulta o reconhecimento e bloqueia a progressão profissional.

O racismo estrutural é uma engrenagem que opera em silêncio, moldando expectativas, promovendo dúvidas e empurrando o sujeito negro para a margem.

(Almeida, 2018, p. 109)

Almeida (2018) reforça que o racismo estrutural não atua apenas pela exclusão direta, mas sobretudo pela produção de uma subjetividade desmotivada, que internaliza a mensagem de que “não importa o quanto você se esforce, há um teto invisível que o impede de crescer”. Esse teto, embora não declarado, é vivido em cada reunião em que o colaborador negro não é escutado, em cada avaliação de desempenho enviesada, em cada ausência de representatividade na liderança.

“O racismo funciona como uma estrutura que bloqueia a possibilidade de o sujeito negro se imaginar no futuro dentro das instituições” (Almeida, 2018, p. 104).

Mesmo os estímulos externos — como promoções, bônus ou reconhecimento institucional — tornam-se inalcançáveis ou politicamente orientados para outros perfis. Isso fragiliza também a motivação extrínseca, transformando o esforço em um ciclo de frustração constante. O colaborador negro passa a perceber que, independentemente de seu desempenho, os retornos simbólicos e materiais não são equivalentes aos de seus colegas brancos (ALMEIDA, 2018, p. 104).

Kilomba (2019) problematiza a retórica meritocrática, afirmando que não há mérito real onde as estruturas de partida já são desiguais. O ideal de superação individual, nesses contextos, acaba servindo para culpabilizar os sujeitos pelas barreiras que enfrentam. O resultado é uma motivação diluída, não por falta de desejo ou esforço, mas por ausência de reconhecimento justo.

Para ilustrar, imagine o caso de um jovem analista negro, recém-contratado em uma empresa de médio porte. Nas primeiras semanas, ele demonstra iniciativa, propõe soluções criativas e se engaja com entusiasmo. No entanto, suas sugestões são constantemente ignoradas em reuniões — até que um colega branco retoma uma das ideias e, então, ela é acolhida. Aos poucos, o analista passa a falar menos, se retrair e reduzir sua participação. O brilho da motivação é substituído por silêncio estratégico — um mecanismo de autoproteção frente ao apagamento institucional.

Esse impacto aparece claramente em pesquisas recentes. De acordo com a GPTW (2023, p.10), trabalhadores negros relatam já ter desistido de oportunidades de crescimento profissional por não se sentirem acolhidos nos espaços institucionais. O dado revela que a motivação não desaparece por fraqueza ou preguiça, mas por desalento diante da exclusão sistemática.

“A subjetividade negra só é tolerada quando desracializada, quando se adapta às normas brancas de conduta e se distancia daquilo que denuncia a estrutura racista” (Kilomkba, 2019, p. 89).

A Psicologia Organizacional, nesse contexto, precisa ampliar seu olhar. Não basta aplicar teorias motivacionais clássicas sem considerar os atravessamentos raciais que moldam o ambiente de trabalho. Motivar exige reconhecer; e reconhecer, aqui, significa reparar a invisibilidade histórica e simbólica que sufoca trajetórias negras dentro das instituições.

Como nutrir o desejo de permanecer em instituições que nunca ofereceram um lugar legítimo de pertencimento? O que resta da motivação quando o reconhecimento só é concedido sob o custo do silenciamento? Essas perguntas não encerram o debate — elas o abrem para uma discussão profunda sobre o papel da Psicologia frente às estruturas que produzem exclusão e sofrimento. Ignorar essa realidade não é neutralidade — é conveniência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nasceu da necessidade urgente de compreender como o racismo estrutural atravessa o campo do trabalho e produz sofrimento psíquico e desmotivação em pessoas negras. A pesquisa permitiu constatar que o racismo não é um evento isolado, mas uma estrutura persistente que se infiltra nas instituições, molda relações e define quem tem o direito de pertencer plenamente aos espaços de poder. Essa estrutura não apenas exclui, mas adoece; não apenas silencia, mas esvazia o desejo e fere a dignidade.

Ao longo da análise, foi possível compreender que a motivação no trabalho não pode ser interpretada sem considerar os atravessamentos sociais e históricos que definem as experiências dos sujeitos. A Teoria da Autodeterminação, proposta por Deci e Ryan, reforça que a motivação intrínseca se sustenta sobre três pilares fundamentais: autonomia, competência e pertencimento. No entanto, a vivência do trabalhador negro evidencia que esses pilares são continuamente abalados pelas práticas institucionais e pelos discursos simbólicos que deslegitimam sua presença.

A autonomia é restringida quando o sujeito negro precisa se adaptar a normas de conduta e linguagem que não foram feitas para ele; a competência é posta à prova a cada instante, exigindo esforço dobrado para ser reconhecida; e o pertencimento é negado quando sua existência é tratada como exceção, não como parte natural do coletivo. Essa dinâmica não apenas produz sofrimento, mas também abala a autoestima e a percepção de valor do sujeito.

Compreender esse fenômeno foi também compreender que o sofrimento psíquico, longe de representar fragilidade, é uma expressão de resistência. As pessoas

negras têm resistido cotidianamente a um modelo de organização que insiste em negar-lhes reconhecimento. O adoecimento, nesse sentido, não surge do fracasso individual, mas da constante tentativa de existir plenamente em um ambiente que exige o apagamento de parte de si.

Aprende-se, com esta pesquisa, que a Psicologia não pode permanecer neutra diante desse cenário. Neutralidade, nesse contexto, é cumplicidade. A profissão precisa assumir uma postura política, comprometida com a transformação das práticas institucionais e com a construção de espaços mais justos e humanizados. Isso significa ampliar a escuta, valorizar saberes e epistemologias negras e reconhecer que o sofrimento racializado exige respostas também coletivas, e não apenas individuais.

Do ponto de vista prático, as organizações precisam rever seus processos de recrutamento, promoção e avaliação de desempenho. Diversidade não é sinônimo de inclusão. Incluir significa transformar estruturas, questionar o privilégio e construir condições reais de pertencimento. Do mesmo modo, é necessário que os profissionais de Psicologia estejam preparados para lidar com as manifestações do sofrimento racial sem reduzi-las a fragilidade individual. A escuta psicológica deve ser também um ato de reconhecimento político e histórico.

Conclui-se que não há saúde mental possível enquanto o reconhecimento for seletivo e o pertencimento depender da camuflagem. A motivação, nesse contexto, só floresce onde há justiça. O desafio da Psicologia é replantar esse solo desigual, reconstruindo sentidos de existência, de valor e de dignidade. O sujeito negro não deseja apenas sobreviver nas instituições — ele deseja viver nelas, com inteireza e respeito.

Encerrar este trabalho é, portanto, reafirmar um compromisso: que a Psicologia se mantenha viva, reflexiva e antirracista, atuando não apenas para tratar o sofrimento, mas para dismantlar as estruturas que o produzem. Porque ninguém floresce em solo desigual, e o verdadeiro papel da Psicologia é ajudar a transformar esse solo em terreno fértil para a vida e para o reconhecimento.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Ana Verônica de; SILVA, Edil Ferreira da. *Trabalho, racismo e sofrimento psíquico: uma revisão sistemática*. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 41, n. spe2, p. e191716, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/DbmHjzrLvGbWfZ5ncbtYJTB/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

ALMEIDA, Ádila Batista de; GUIMARÃES JÚNIOR, Sérgio Dias. *Impactos do racismo estrutural para a saúde mental da população negra no Brasil: o que cabe à psicologia*. Estação Científica, v. 17, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/estacaocientifica/article/view/2610>. Acesso em: 15 ago. 2025.

ALMEIDA, Silvio. *Racismo estrutural*. São Paulo: Jandaíra, 2018.

AMERICAS QUARTERLY. FRANÇA, Michael; PORTELLA, Alysson. *Brazil's enduring racial gap*. Nova York, 13 fev. 2024. Disponível em: <https://americasquarterly.org/article/brazils-enduring-racial-gap/>. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Racismo Institucional na Saúde: um desafio para a equidade no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. *Saúde mental e atenção psicossocial na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 27 ago. 2025.

DECI, Edward L.; RYAN, Richard M. *Motivação Intrínseca e Autodeterminação no Comportamento Humano*. Nova Iorque: Plenum Publishing, 1985.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas*. Tradução de Renato da Silveira. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FERREIRA, C. A. A. *The role of race relations in the Brazilian labor market*. Cadernos EBAPE. BR, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2023. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/cadernosebape/article/view/88778>. Acesso em: 03 ago. 2025.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

GOMES, Nilma Lino. *Racismo e antirracismo na educação: repensando nossas escolas*. Petrópolis: Vozes, 2012.

GONZALEZ, Lélia. *Racismo e sexismo na cultura brasileira*. In: GONZALEZ, Lélia. Primavera para as rosas negras. São Paulo: Zahar, 2018. p. 51-65.

INSTITUTO ETHOS. *Perfil social, racial e de gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas ações afirmativas*. São Paulo: Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social, maio 2016. Disponível em: https://www3.ethos.org.br/wp-content/uploads/2016/05/Perfil_Social_Tacial_Genero_500empresas.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

IPEA. *A luta negra e o 13 de maio: entre a escravidão e o racismo (Nota Técnica n. 110)*. Brasília: IPEA, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/cbc2f905-ab6b-4ed4-9842-55c4825aedc0/content>. Acesso em: 25 jul. 2025.

IPEA. *As diferentes vertentes do racismo reproduzem impactos sociais e econômicos no Brasil*. Brasília: IPEA, 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/14140>. Acesso em: 01 jul. 2025.

IPEA. *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Brasília: IPEA, 2023. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=38317. Acesso em: 05 ago. 2025.

IPEA. *Notas breves sobre a subutilização da força de trabalho entre mulheres negras*. Brasília: IPEA, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/966d0064-6ef0-4462-a6ef-c36d380972fa>. Acesso em: 03 jul. 2025.

KILOMBA, Grada. *Memórias da plantaço: episódios de racismo cotidiano*. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

MUNANGA, Kabengele. *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra*. Petrópolis: Vozes, 2004.

NOGUEIRA, Oracy. *Preconceito de marca e preconceito de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil*. Tempo Social, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 287-308, jun. 2007.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-other-common-mental-disorders-global-health-estimates>. Acesso em: 07 ago. 2025.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 07 ago. 2025.

SEHGAL, N. K. R.; SVIRSKY, D. *Race Discrimination in Internet Advertising*. arXiv, 2024. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2403.12345>. Acesso em: 03 ago. 2025.

SILVA, Petronilha Beatriz Gonçalves. *Educação das relações étnico-raciais: caminhos construídos com os sistemas de ensino*. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 39, n. 138, p. 249-268, maio/ago. 2009.

SOUZA, Jessé. *A elite do atraso: da escravidão à Lava-Jato*. Rio de Janeiro: LeYa, 2017. Disponível em: <https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/view/5936/pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

SOUZA, Neusa Santos. *Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro em ascensão social*. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

SPINK, Mary Jane Paris. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SUELI, Carneiro. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Selo Negro, 2011.

ESTRATÉGIAS VITAIS. *Novo estudo revela que raça é o principal fator de discriminação no Brasil*. 2025. Disponível em: <https://www.vitalstrategies.org/resources/mais-dados-mais-saude-experiencia-de-discriminacao-cotidiana-pela-populacao-brasileira/>. Acesso em: 20 ago. 2025.

ZEIDAN, R. et al. *Ação afirmativa baseada em raça e renda nas admissões no ensino superior*. arXiv, 2023. Disponível em: <https://arxiv.org/pdf/2304.13936>. Acesso em: 28 jul. 2025.



CAPÍTULO 6

HERANÇA INVISÍVEL: UM ESTUDO SOBRE TRANSGERACIONALIDADE NOS PROCESSOS DE DESTITUIÇÃO FAMILIAR NA VARA DA INFÂNCIA DA ADOLESCÊNCIA E DO IDOSO DE CAMPO GRANDE-MS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524106>

Lucas Rodrigues de Brito Mota

Acadêmico do último período do curso de Psicologia da
Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Murilo Cesar Mendes Ramires

Acadêmico do último período do curso de Psicologia da
Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Jacir Alfonso Zanatta

Psicólogo Clínico. Doutor em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) 2017. Mestre Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) 2012 e Mestre em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) 2002. Possui graduação em Psicologia - Formação de psicólogo pela Universidade Católica Dom Bosco (2009), graduação em Comunicação Social - Habilitação em Jornalismo pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1996), graduação em Filosofia - Faculdades Unidas Católicas de Mato Grosso (FUCMT 1991). Professor do curso de Psicologia. Coordenador dos grupos de pesquisas "Pelos Olhos da Literatura" e "As Doenças da Alma".

Resumo: Este trabalho tem como foco a análise da transgeracionalidade em casos de destituição do poder familiar na Vara da Infância, Adolescência e do Idoso de Campo Grande-MS. A pesquisa parte da compreensão de que traumas, violências e negligências vivenciados por uma geração podem se repetir na seguinte, perpetuando ciclos de sofrimento psíquico que impactam o exercício da parentalidade. A partir de uma perspectiva psicanalítica e da Psicologia Jurídica, buscou-se identificar, por meio de análise documental de processos judiciais, elementos que evidenciem a transmissão psíquica entre gerações. Foram examinados laudos psicológicos e relatórios técnicos constantes nos autos, permitindo compreender como a herança psíquica influencia as dinâmicas familiares e se articula às decisões jurídicas. Os resultados indicam que a transgeracionalidade se manifesta de diferentes formas,

seja na repetição de comportamentos violentos, na negligência ou em padrões de abandono, revelando a importância da atuação interdisciplinar entre Psicologia e Direito. A identificação desses padrões pode auxiliar na ruptura de ciclos nocivos e subsidiar práticas mais efetivas no campo da Psicologia Jurídica, contribuindo para a proteção integral de crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Psicologia Jurídica. Psicanálise. Transgeracionalidade. Destituição do poder familiar.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A presente pesquisa tem como foco a análise da transgeracionalidade em casos de destituição do poder familiar, a partir de processos judiciais da Vara da Infância, Adolescência e do Idoso de Campo Grande-MS. A escolha desse tema surgiu a partir da vivência em estágio no Núcleo Psicossocial do Fórum, em que se observou a recorrência de situações em que traumas, negligências e violências vivenciados por uma geração se repetem na seguinte, perpetuando ciclos de sofrimento psíquico que impactam diretamente o exercício da parentalidade.

Ao analisar os processos de destituição do poder familiar, torna-se possível identificar os efeitos da transmissão psíquica entre gerações, uma vez que esses casos frequentemente evidenciam padrões familiares marcados pela repetição de experiências traumáticas não elaboradas. Tais experiências permanecem latentes e são transmitidas de forma inconsciente, influenciando comportamentos, vínculos afetivos e modos de cuidado. Mais do que atribuir responsabilidades legais aos pais ou responsáveis, compreender os fatores subjetivos e transgeracionais que atravessam essas situações permite lançar luz sobre processos psíquicos de risco que se repetem silenciosamente ao longo das gerações.

Essa perspectiva não busca isentar responsabilidades jurídicas, mas ampliar a compreensão sobre a herança psíquica transmitida de pais para filhos e suas implicações para o exercício da parentalidade e para a efetivação da proteção integral da criança e do adolescente, considerando as marcas do passado, os impactos no presente e as possibilidades de transformação no futuro. Nesse contexto, a Psicanálise contribui ao abordar o conceito de transgeracionalidade e seus mecanismos de transmissão inconsciente, enquanto a Psicologia Jurídica atua como ponte entre os aspectos psíquicos e o campo jurídico, oferecendo subsídios técnicos ao Judiciário. Assim, este estudo busca identificar, por meio da análise documental de processos judiciais, elementos que evidenciem a presença da transmissão psíquica transgeracional e discutir suas implicações para os casos de destituição do poder familiar.

A presente pesquisa é de natureza qualitativa e exploratória, pois busca compreender a manifestação da transgeracionalidade em processos de destituição do poder familiar a partir da interpretação de conteúdos subjetivos presentes em documentos judiciais. Por meio dessa abordagem, é possível identificar, nos autos processuais, elementos que evidenciem a transmissão psíquica entre gerações, sobretudo em contextos de violência, negligência ou abandono.

A INTERSECÇÃO ENTRE A PSICOLOGIA E O DIREITO

A atuação do psicólogo no Sistema de Justiça, especialmente no âmbito do Poder Judiciário, é relativamente recente no Brasil, sendo vinculada à Psicologia Jurídica. O campo da Psicologia Jurídica surge como resposta à complexidade das demandas trazidas ao Judiciário, especialmente nas Varas de Família, Infância e Juventude. A Psicologia, ao entrar nesse espaço, trouxe consigo uma nova perspectiva de compreensão dos sujeitos em conflito com a lei ou envolvidos em disputas familiares, considerando não apenas os aspectos legais, mas também os fatores subjetivos, históricos e relacionais que permeiam cada situação (CFP, 2019).

Para Moraes (2012) a Psicologia e o Direito mesmo sendo constituídas de disciplinas distintas possuem um ponto em comum: o interesse pelo comportamento humano. A intersecção entre as duas áreas tem se mostrado cada vez mais necessária, especialmente quando se trata da garantia dos direitos da criança e do adolescente. No âmbito da Justiça, o psicólogo não atua como juiz de conduta, mas como um profissional que oferece seu conhecimento para realizar uma leitura técnica da realidade psicossocial dos indivíduos.

Na Psicologia Jurídica há uma predominância das atividades de confecções de laudos, pareceres e relatórios, pressupondo-se que compete à Psicologia uma atividade de cunho avaliativo e de subsídio aos magistrados. Cabe ressaltar que o psicólogo, ao concluir o processo da avaliação, pode recomendar soluções para os conflitos apresentados, mas jamais determinar os procedimentos jurídicos que deverão ser tomados. Ao juiz cabe a decisão judicial; não compete ao psicólogo incumbir-se desta tarefa. É preciso deixar clara esta distinção, reforçando a ideia de que o psicólogo não decide, apenas conclui a partir dos dados levantados mediante a avaliação e pode, assim, sugerir e/ou indicar possibilidades de solução da questão apresentada pelo litígio judicial (Lago; Amato; Teixeira; Rovinski e Bandeira, 2009, p.488).

Conforme destaca a cartilha do CFP (2019), a atuação do psicólogo nesse campo deve se pautada por princípios éticos, não se deixando capturar pelas lógicas técnicas ou normativas do Direito, que muitas vezes aplicam respostas objetivas e diretas para questões que em suma são complexas e subjetivas. Nesse sentido, Pretto, Trilha e Thomaz (2023, p.186) trazem o seguinte apontamento: “não se trata somente de leis duras e frias, mas também da compreensão dos motivos e comportamentos que estão envolvidos em determinados atos infracionais ou que necessitam de uma decisão do judiciário”.

O cotidiano do profissional de psicologia nos Tribunais de Justiça, que atuam nos Núcleos Psicossociais, envolve a cooperação com profissionais de distintas áreas do saber, em equipes multidisciplinares que buscam compreender a dinâmica familiar, o histórico de vínculos e as condições emocionais, sociais e subjetivas dos envolvidos (Castilho; Venancio; Alonso; Mandarin, 2020; Tribunal de Justiça de São Paulo, 2022).

No contexto brasileiro, a atuação do psicólogo deve estar fundamentada nos princípios éticos da profissão, previstos no Código de Ética Profissional (CFP, 2005) e em resoluções complementares emitidas pelo CFP. Essas diretrizes com base na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e, em outras legislações específicas que orientam que o psicólogo se posicione em defesa da dignidade humana, um dos princípios de maior grau axiológico da humanidade.

DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

O Estado Moderno por intermédio da Constituição Federal de 1988, instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi originado em 1990, com o intuito de substituição ao Código de Menores e este por sua vez, regulamentava a assistência, proteção e vigilância dos menores. O ECA compreende de maneira diferente a criança e o adolescente, que deve ser titular de seus direitos comuns a qualquer pessoa e não mais utilizados como objeto de intervenção do mundo adulto (Moraes, 2012, p.27).

Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instaurou-se uma nova compreensão sobre a infância e a adolescência no Brasil, baseada no sistema de proteção integral. Nesse novo modelo, crianças e adolescentes passam a ser reconhecidos como sujeitos titulares de direitos e deveres, rompendo com a lógica anterior do Código de Menores, que tratava apenas de menores infratores ou em situação de risco (Ormeno e Berlim, 2016). Essa mudança de paradigma e da forma como enxerga a criança e o adolescente está expresso no bojo do artigo 227 da Constituição Federal de 1988, que destaca a prioridade absoluta na proteção, defesa e garantia dos direitos desse público.

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, art.227).

A proteção dos direitos de crianças e adolescentes, para além do atendimento às necessidades básicas, envolve também a garantia à convivência familiar, à liberdade de ir e vir e o acesso prioritário às políticas públicas desde a concepção. O reconhecimento das características biopsicossociais desse público, que está em

fase de desenvolvimento e potencialmente vulnerável frente a contextos de violência no âmbito familiar, escolar e comunitário, justifica a necessidade de uma proteção integral (Cviatkovski; Lorenzetti e Faler, 2014).

Destaca-se órgãos institucionais com funções relevantes na garantia de políticas públicas de promoção, proteção, atendimento e justiça dos infantes. Neste contexto acentuam-se as responsabilidades do Ministério Público e do Conselho Tutelar. Os processos que envolvem crianças e adolescentes, o Ministério Público atua como fiscalizador da lei e defensor dos interesses desse público, sendo responsável por ações de medidas protetivas, ações civis públicas e pela destituição do poder familiar. Promovendo ações judiciais ou emitindo pareceres obrigatórios (Dutra e Borba, 2024).

O Conselho Tutelar, por sua vez, desempenha uma função essencial na proteção extrajudicial dos direitos infantojuvenis, realizando atendimentos, encaminhamentos e relatórios que subsidiam as decisões judiciais. Embora distintos em suas atribuições, ambos os órgãos contribuem para a garantia do direito da criança e do adolescente, conforme preconiza o ECA (Bocoli, 2022).

Comumente, os processos atendidos pelo Núcleo Psicossocial contam com o acompanhamento do Ministério Público, bem como com a inclusão de relatórios elaborados pelo Conselho Tutelar, pelas instituições de acolhimento e pelo próprio Ministério Público. Nesse sentido, o trabalho do psicólogo nas Varas da Infância, torna-se fundamental, pois é esse profissional que, atuando de forma multidisciplinar junto aos núcleos especializados, investiga as situações de violação de direitos e propõem intervenções fundamentadas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na Constituição Federal de 1988 e nos demais mecanismos desenvolvidos pelo Estado para assegurar a proteção integral dos direitos e garantias da criança e adolescente.

Todo trabalho com crianças deve estar fundamentado na legislação vigente, especialmente quando se trata de situações que envolvem a violação de seus direitos. Considerando que esta pesquisa analisa a transgeracionalidade no contexto de destituição do poder familiar nas Varas da Infância, torna-se essencial compreender os dispositivos legais que protegem a criança enquanto sujeito de direitos. Nesse sentido, é imprescindível o conhecimento dos mecanismos jurídicos e institucionais que asseguram sua proteção e garantam seus direitos.

A TRANSGERACIONALIDADE

O fenômeno da transgeracionalidade refere-se à transmissão de padrões comportamentais ao longo das gerações, incluindo valores, habilidades e tradições culturais, os quais atravessam a rede simbólica familiar e influenciam suas dinâmicas. Essa ligação entre passado e presente permite compreender como as vivências das

gerações anteriores impactam o comportamento e as relações atuais, revelando sua importância para a constituição subjetiva e social dos indivíduos (Souza; Nogueira e Souza, 2023).

No campo da Psicologia, o conceito de transgeracionalidade, quando associada ao trauma, diz respeito a processos que são repassados de uma geração para outra, mantendo vivas dinâmicas problemáticas que tendem a se repetir ao longo da vida dos indivíduos, enraizando-se nas relações familiares e impactando futuras vivências afetivas (Souza; Nogueira e Souza, 2023).

A transmissão psíquica ocorre por mecanismos de identificação e por investimento libidinal de representações fantasmáticas que procedem de uma forma de organização do psiquismo do sujeito. Portanto, a transgeracionalidade psíquica comporta a alienação do sujeito e, por conseguinte a violência dos seus efeitos devastadores e enquanto patologia vincular intersubjetiva, por consequência dos traumas acumulados (Rehbein e Chatelard, 2013, p.566).

O termo transgeracionalidade tem origem na psicanálise e seu principal expoente, Sigmund Freud, se debruçou sobre o tema. Em seus escritos *Sobre o Narcisismo: uma introdução*, Freud (1914/1974) aponta que o sujeito leva uma existência dupla: vive em função de suas finalidades, mas também atua como um elo em uma cadeia geracional, muitas vezes de forma involuntária. Compreende-se, assim, em uma concepção freudiana de que o indivíduo não se constitui isoladamente, mas como parte de uma continuidade familiar que sustenta sua subjetividade (Rehbein e Chatelard, 2013; Souza; Nogueira e Souza, 2023).

Quanto aos pais, Freud destaca que a atitude desses para com os filhos é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo renascido, que remonta à infância, portanto infantil. Compulsivamente, os pais atribuem ao filho todas as supostas perfeições, esquecendo as deficiências ou limitações dele (Rehbein e Chatelard, 2013, p.566).

Já em um trecho do texto *Os instintos e suas vicissitudes*, Freud (1915/1996, p.75) destaca: “o indivíduo é um apêndice temporário e passageiro do idióplasma quase imortal, que é confiado a ele pelo processo de geração”. Esses apontamentos de Freud evidenciam que a noção de transmissão psíquica entre gerações já era observada e discutida desde os primórdios da psicanálise, reforçando a ideia de que parte da constituição do sujeito, está enraizada em uma herança simbólica transmitidas por gerações anteriores.

[...] a expressão trauma está associada a medicina ou cirurgia, mas na psicanálise, citada por Freud, o termo faz alusão a um choque violento ou um evento intenso, na vida do sujeito, no âmbito das violações de direitos, sejam elas quais forem – negligências, violências intrafamiliares, abusos sexuais, psicológicos ou físicos, violências de gênero, entre outras – causam no indivíduo vítima destas violações, traumas, marcas no seu psiquismo que podem, caso não acompanhadas e tratadas no momento, e da forma correta, ser levadas para a vida e transmitidas para seus filhos, que se tornam herdeiros e elos desta cadeia nociva (Souza, 2018, p.35).

Toma-se conhecimento que a transgeracionalidade pode ser compreendida como a transmissão inconsciente de conteúdos psíquicos negativos no interior das famílias. Transmite-se aquilo que não foi simbolizado ou elaborado pelas gerações anteriores. Essas experiências são repassadas de forma bruta, promovendo uma repetição alienante, em que o sujeito se distancia de si mesmo e fica preso aos fantasmas familiares (Padilha e Barbieri, 2020).

Nesse aspecto, destaca-se o papel da família, sendo essa constituinte do primeiro espaço de socialização do indivíduo, sendo também seu primeiro contato com o meio cultural. Esse processo ocorre por meio de uma dinâmica intersubjetiva, que possibilita a transmissão de representações simbólicas entre as gerações e favorece a integração do sujeito na vida em sociedade. A inserção do sujeito em uma linhagem genealógica estabelece um “sentimento de pertença”, essencial para a formação da subjetividade, permitindo ao indivíduo reconhecer-se como parte de uma história familiar, o que sustenta sua identidade e diferenciação (Azevedo, 2022).

A transmissão psíquica transgeracional se faz presente no âmbito familiar, visto que os indivíduos tendem a reproduzir e se apropriar de práticas, comportamentos, conceitos de seus antecessores, bem como é também constituinte da subjetividade do indivíduo (Schulze; Alves, 2019, p.215).

No entanto, a transmissão psíquica acontece tendo o não-dito como via privilegiada no processo de transmissão. Aquilo que fica oculto, enquistado, não-dito ou “maldito”, sempre encontra uma via de escoamento que traz à baila sua existência, transbordando para as gerações seguintes. O que é transmitido de uma geração para outra emerge de silêncios, proibições, enigmas, impensados, fantasias, conteúdos traumáticos e produções sintomáticas (Azevedo, 2022, p.205).

Desse modo, de acordo com Eiguer (1998), quando a família deixa de satisfazer as necessidades fundamentais de seus membros e transmite conteúdos psíquicos negativos, o sujeito herda o que o autor denomina de “parte maldita da herança”. Ou seja, uma herança patológica que, na ausência de elaboração psíquica, leva à repetição, ou como define Salinas (2015) “o retorno daquilo que é recalcado”. Reproduz, assim, o trauma, a violência, a negligência, o abuso, perpetuando-se essas dinâmicas ao longo das gerações.

A dor que é causada por este evento, que pode em muitos casos (como abusos e negligências) ocorrer continuamente no dia-a-dia da vítima, e durar anos, sem que seja descoberto, e a incapacidade em que a pessoa vê de elaborar e transformar tal evento, irá provocar desorganizações secundárias. Tudo o que não é verbalizado, tende a gerar na pessoa marcas que podem prejudicá-la, não apenas em sua saúde psíquica, mas também em sua forma de se relacionar com o outro (Souza, 2018, p.35).

Portanto, ao perpetuar essas repetições inconscientes, o sujeito torna-se suscetível a reproduzir padrões de sofrimento herdados, o que, em situações práticas, pode culminar em situações de violação de direitos e, conseqüentemente, na destituição do poder familiar. O sofrimento psíquico não elaborado impede o exercício saudável da parentalidade, tornando a intervenção do Estado necessária para a proteção da criança e do adolescente.

Souza (2018) ressalta que quando não há acompanhamento por parte dos órgãos competentes - como os serviços de saúde, assistência social e segurança pública - ou quando faltam recursos psíquicos internos para elaborar os eventos vivenciados, o indivíduo tende apenas a experienciar as situações de forma passiva, tornando-se incapaz de lidar com as emoções ou transformá-las de maneira construtiva.

Em contextos marcados por violência, todo o grupo familiar tende a se fragilizar, o que favorece a transmissão de traços psíquicos negativos entre as gerações. Aquilo que não é simbolizado ou transformado tende a ser repetido, afetando tanto a integridade psíquica quanto a somática dos indivíduos. Crianças expostas a esses contextos apresentam maior propensão ao desenvolvimento de transtornos como ansiedade e depressão, à repetição de comportamentos violentos, envolvimento com a delinquência, ideação suicida e uso abusivo de substâncias (Souza, 2018; Rosa; Haack e Falcke, 2015).

Dessa forma, o rompimento do poder familiar, pode ser necessário como um gesto que interrompe a cadeia de transmissão traumática marcada por violação de direitos. Esse ato, mais do que uma punição, deve ser compreendido como uma intervenção que visa a proteção da infância e a possibilidade de elaboração do trauma, oferecendo à criança ou ao adolescente a chance de estabelecer novos laços e construir uma história desvinculada dos traumas psíquicos herdados.

RELATO DOS DADOS COLETADOS

Para a realização da pesquisa, foi solicitada autorização à Juíza titular da Vara da Infância, Adolescência e do Idoso, bem como o suporte das psicólogas e assistentes sociais do Núcleo Psicossocial. A consulta aos autos ocorreu por meio do Sistema de Automação da Justiça (SAJ), plataforma oficial de acesso aos processos eletrônicos do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul (TJMS).

Foram examinados 28 documentos encaminhados ao Núcleo Psicossocial durante o ano de 2025. Desses, três processos foram selecionados para análise, por apresentarem informações consistentes sobre a história familiar por três gerações, além de elementos claros que evidenciam a transmissão de uma herança psíquica negativa. Nos demais casos, embora houvesse indícios de transgeracionalidade, a ausência de registros documentais sobre a infância dos genitores ou dos avós, ou ainda a indisponibilidade parcial dos autos digitalizados, impossibilitou o aprofundamento da análise. Como critério metodológico, considerou-se a transmissão psíquica atravessando três gerações - avós, genitores e crianças, levando em consideração o conceito da OMS como criança indivíduo até 18 anos.

O primeiro caso escolhido trata-se de duas irmãs, ambas foram destituídas de seus filhos e possuem trajetórias marcadas por experiências de violação de direitos

desde sua infância. Quando crianças, sofreram negligência dos pais, sendo que a mãe fazia uso crônico de álcool e o pai possuía uma extensa ficha criminal. Além disso, ambas passaram por situações de abuso sexual na infância.

Na vida adulta, reproduziram padrões de comportamentos de risco, fazendo uso crônico de substâncias psicoativas (SPA). As irmãs constituíram famílias e residiam próximas, as duas foram destituídas do poder familiar, em relação a seus respectivos filhos, uma vez que os petizes estavam expostos a situações de risco, havendo documentos descrevendo o uso de álcool e substâncias psicoativas em idade precoce, ausência na escola e realização de pequenos delitos. Os filhos, das duas famílias, são frutos de diferentes relacionamentos, sendo alguns pais mais presentes do que outros. Nos casos em que não havia qualquer vínculo paterno, verificou-se maior vulnerabilidade dos filhos a situações de risco.

O segundo caso selecionado para endossar nossa pesquisa trata-se de uma adolescente que teve filho em idade precoce e está sofrendo a ação de destituição por parte do Estado. Ela teve uma infância marcada por negligência parental, ausência de cuidados e abuso de substâncias psicoativas por parte dos genitores, sendo criada pela avó paterna. Seu pai fazia uso abusivo de drogas e morreu em decorrência de sua vida criminosa, sua mãe tem uma extensa ficha criminal e nunca exerceu a maternidade. Não obstante, sob a égide da avó, a adolescente não teve um desenvolvimento saudável, não frequentava a escola, iniciou o uso de substâncias psicoativas, não seguia tratamento psiquiátrico e se relacionou maritalmente no início da adolescência.

A dinâmica familiar com seus filhos é permeada por violência física e negligência. A adolescente teve um relacionamento conturbado com o pai das crianças, também menor de idade, que sob efeito de SPA, se torna agressivo e praticava violência doméstica física com a mãe e os filhos, além de negligenciar os cuidados dos filhos e ausentar-se da parentalidade. A genitora apresenta diagnóstico de sífilis congênita, condição que foi transmitida à criança, resultando em comprometimentos em seu desenvolvimento desde o nascimento. Além disso, demonstra dificuldades no exercício da maternidade, caracterizadas por comportamentos agressivos e grosseiros, bem como pela negligência nos cuidados básicos, o que culminou na necessidade de separação entre mãe e filha na unidade de acolhimento.

O terceiro caso selecionado para servir como base para esse texto mostra que a genitora responde a processo de destituição do poder familiar, em decorrência de negligência severa e uso de substâncias psicoativas. Sua história é marcada por vulnerabilidade, tráfico de drogas e ausência de cuidados básicos, inserida em um contexto familiar no qual sua própria mãe também teve filhos destituídos.

Durante a infância, a genitora viveu períodos com a avó paterna, que já possuía histórico de negligência, e com o pai, também usuário de drogas, violento e negligente. A atual companheira do pai, que conviveu com a genitora, igualmente faz uso de drogas e teve seus filhos institucionalizados. O ambiente é permeado por consumo de entorpecentes e falta de cuidados essenciais.

No momento do acolhimento, as crianças apresentavam sinais graves de desnutrição, falta de higiene e calendário vacinal atrasado, demandando cuidados dos órgãos responsáveis. Há indícios de abuso sexual sem providências protetivas da mãe. O genitor, por sua vez, teve dúvidas quanto à parentalidade, é ausente e não visita os filhos. Diante da negligência e da ausência de laços afetivos de ambos os pais, a equipe técnica recomendou a destituição do poder familiar.

DISCUSSÃO DOS DADOS

Percebe-se que a ação de destituição do poder pátrio, é uma medida extrema frente a contextos extremos de negligência, omissão e maus-tratos. Os pais que sofrem a ação de destituição do poder familiar geralmente apresentam, como características, dificuldades em estabelecer vínculos afetivos com os filhos, histórico de uso abusivo de álcool ou outras drogas, envolvimento em práticas criminosas, ausência de rede de apoio e, em muitos casos, situação de vulnerabilidade social. Além disso, observa-se que as experiências de maus-tratos que se perpetuam nas gerações seguintes, se manifesta tanto na posição de autores quanto na de vítimas de violência (Madalena e Falcke, 2020).

De acordo com Dantas (2020), os maus-tratos podem ser classificados em ativos e passivos. Os ativos envolvem o uso da força física e de uma linguagem agressiva, abrangendo formas de violência física, psicológica, emocional e o abuso sexual. Já os passivos correspondem às omissões ou à falta de cuidados e afeto, configurando situações de negligência. Enquanto os maus-tratos físicos tendem a ser mais facilmente identificados por deixarem marcas visíveis, os psicológicos e emocionais são de difícil detecção e mensuração das marcas que deixam no desenvolvimento integral desse indivíduo.

Percebe-se pela transgeracionalidade que pais que foram submetidos a práticas educativas severas ou a maus-tratos na infância apresentam maior propensão a reproduzir essas experiências com seus próprios filhos. Isso se deve ao fato de que, ao crescerem em ambientes marcados pela violência, essas crianças passam a compreender tais comportamentos como formas comuns de cuidado e disciplina, perpetuando-os nas gerações seguintes como modelo de parentalidade (Madalena e Falcke, 2020).

Nota-se que os casos dois e três apresentam de forma marcante a força da herança transgeracional a ponto do próprio processo de destituição do poder familiar se repetir entre as gerações. No caso dois, a genitora, ainda menor de idade, está sofrendo a ação de destituição por vivenciar e reproduzir situações de negligência e comportamentos de risco semelhantes aos de seus pais, assumindo as posições de vítima e autora desses traumas transgeracionais ao mesmo tempo. De modo similar, no caso três, a mãe da genitora também havia sido destituída da guarda de seus filhos, assim como a madrastra, revelando um ciclo de repetições familiares associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas e à negligência dos cuidados com seus filhos.

Nos casos analisados, a negligência se evidencia como o principal traço da transmissão psíquica entre gerações. Observa-se, nos três casos, que os pais e mães que respondem à destituição do poder familiar também vivenciaram, em sua infância, situações de desamparo e ausência de cuidados básicos por parte de seus próprios genitores. Conforme aponta Gomide (2003), a negligência ocorre quando há presença física dos pais, mas ausência de afeto, atenção e suporte necessários ao desenvolvimento emocional da criança. Essa dinâmica é mais evidente, no caso dois, em que a genitora, marcada por uma história de negligência e abandono, demonstra dificuldade em exercer a maternidade, culminando na separação de seu filho na instituição de acolhimento.

Analisando a questão do vínculo entre os pais e os filhos, Grando, Katzwinkel e Braz (2012) destacam a relevância da relação mãe-bebê para ser o que Winnicott denomina de “mãe suficientemente boa”. As autoras enfatizam que o desenvolvimento saudável da criança requer um ambiente familiar equilibrado, no qual mãe e pai compartilhem os cuidados e a proteção necessários nos primeiros anos de vida. Observa-se, contudo, que nos três casos analisados essa responsabilidade parental é praticamente inexistente, de modo que, a mãe não forma um vínculo robusto com sua prole enquanto a figura paterna, enquanto a figura paterna, quando presente, tende a adotar uma postura ausente ou omissa, contribuindo para o agravamento da vulnerabilidade da criança.

Outro elemento central, nos três casos é a questão do abuso de substâncias psicoativas. A partir das contribuições de Freud sobre o desamparo, Palieraqui (2014) explica que, quando a necessidade de proteção não é suprida pelas figuras parentais, o sujeito permanece em um estado de vazio afetivo. Essa ausência de suporte pode gerar, a busca por outras formas de preenchimento, como o uso de substâncias psicoativas, que passam a ocupar simbolicamente o lugar de amparo emocional perdido. Nessa lógica, os autores Campos e Silva (2020) ressaltam:

O desamparo é a condição originária da subjetividade humana e também seu horizonte contínuo, na medida em que toda a dinâmica defensiva e a mobilização da angústia é, em última instância, uma tentativa de prevenção de sua repetição. Considerando que as tentativas de evitar tal repetição se ligam a um desamparo estruturante da vida social e individual, torna-se necessário retomar as etapas de surgimento e desenvolvimento do aparelho psíquico para que se possa compreender como se manifestam as formas de sofrer do sujeito. Não obstante, também é preciso considerar os diferentes determinantes culturais que resultam em experiências de sofrimento específicas (Campos e Silva, 2020, p.68)

Além disso, examinando os processos pesquisados, observa-se fatores subjacentes que auxiliam na compreensão da realidade das famílias envolvidas em ações de destituição do poder familiar, como a vulnerabilidade social e o papel social atribuído à mulher na tentativa de reaver a guarda dos filhos. Conforme aponta Loiola (2020), muitas vezes o olhar institucional recai sobre as ausências e incapacidades, em vez de considerar os recursos e as desproteções vivenciadas por essas famílias.

A autora enfatiza que a figura feminina assume centralidade no cuidado e na luta para restabelecer o convívio familiar, em razão de uma construção social que atribui à mulher a responsabilidade pelo cuidado, enquanto o pai ocupa um lugar secundário ou complementar. No entanto, como evidenciado no primeiro caso analisado, a presença paterna mostra-se um fator determinante no desenvolvimento saudável da criança.

Ressalta-se, por fim, que a ausência de modelos saudáveis de parentalidade contribui para a transmissão intergeracional de características negativas, perpetuando padrões de negligência e violência entre as gerações. No entanto, abordar a transgeracionalidade no contexto de violações não significa compreender tais famílias como portadoras de um mal hereditário irreversível. Estudos indicam que existem fatores capazes de interromper esse ciclo, entre eles a vivência de relacionamentos afetivos estáveis, maior nível de escolaridade, a participação em processos psicoterapêuticos, o acesso a uma rede de apoio social estruturada, e características pessoais como força de vontade e desejo de mudança. Esses aspectos estão relacionados a resiliência, compreendida como a capacidade de transformar experiências adversas em crescimento psíquico. Nessa senda, pondera-se a importância de que os profissionais envolvidos nos processos de destituição do poder familiar atuem com sensibilidade e atenção às dinâmicas subjetivas presentes em cada caso (Madalena e Falcke, 2020; Souza, 2018; Rosa, Haack e Falcke, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa mostra que a repetição de padrões de negligência, violência e maus-tratos atravessa as gerações, configurando-se como heranças psíquicas que afetam diretamente o exercício da parentalidade. Através da análise documental, constatou-se que pais e mães que hoje respondem à destituição do poder familiar

também vivenciaram infâncias marcadas pela ausência de cuidados e de vínculos afetivos, reproduzindo inconscientemente o mesmo padrão com seus próprios filhos. Essa repetição revela a dificuldade desses sujeitos em exercer uma parentalidade saudável, uma vez que não tiveram acesso a modelos afetivos que lhes permitissem internalizar o cuidado e a proteção de forma adequada.

Verificou-se, ainda, a presença de alguns fatores que intensificam a vulnerabilidade familiar, como o uso abusivo de substâncias psicoativas, o baixo nível de escolaridade e a ausência de rede de apoio. A análise dos casos evidencia que a destituição do poder familiar, embora seja uma medida extrema, torna-se, em determinadas situações, necessária para interromper o ciclo de repetição traumática e possibilitar à criança a construção de uma nova história desvinculada das marcas herdadas. Mais do que uma punição aos pais, essa medida deve ser compreendida como uma ação protetiva, que visa garantir o direito fundamental à convivência familiar saudável e ao desenvolvimento integral da criança.

Compreender o fenômeno da transgeracionalidade permite ampliar o olhar sobre as causas que permeiam as violações de direitos e fundamentar intervenções mais sensíveis e efetivas. O reconhecimento das repetições inconscientes que atravessam as famílias oferece subsídios para que os profissionais do Sistema de Justiça possam atuar de modo interdisciplinar, priorizando não apenas a responsabilização, mas também a prevenção e a promoção da saúde psíquica.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso de. Transgeracionalidade, família e origem: um ensaio preliminar sobre as patologias da herança. **CES Psicologia**, Medellín, v. 15, n. 1, p. 201-216, abril. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

BOCOLI, Elis Pires Arantes. **Atribuições do Conselho Tutelar dos Direitos da Criança e do Adolescente perante o Sistema de Garantia de Direitos**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Garantia dos Direitos e Política de Cuidados à Criança e ao Adolescente) – Universidade de Brasília, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Brasília, DF, 2022.

CAMPOS, Érico Bruno Viana; SILVA, Amanda Nunes da. O desamparo como categoria afetiva fundamental do mal-estar na atualidade: um ensaio psicanalítico. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 19, n. 1, p.67-87, jun. 2020.

CASTILHO, Ana Flávia de Andrade Nogueira et al. Estudo psicossocial e relevância probatória na decisão judicial: análises à luz da jurisprudência e da psicologia. **Revista Jurídica Luso-Brasileira (RJLB)**, nº 1, p. 581-598, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para a atuação do psicólogo em Varas de Família**. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/BR84-CFP-RefTec-VarasDeFamilia_web1.pdf

CVIATKOVSKI, Aline; LORENZETI, Camila; FALER, Camília Suzana. O Estatuto da Criança e do Adolescente, as políticas públicas e a psicologia: o desafio na garantia de direitos. In: **Seminário Regional Políticas Públicas, Intersectorialidade e Família (SERPINF)**, Porto Alegre, 2014.

DANTAS, Eva Borges. **Maus tratos a crianças e jovens: programa de competências parentais para prevenção da negligência**. 2020. Projeto (Licenciatura em Criminologia) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2020.

DUTRA, Daniela Domingues Sturza; BORBA, Josiana Conde Lacerda. A atuação do Ministério Público frente à efetivação do direito das crianças e adolescentes. **Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, XVI Mostra Internacional de Trabalhos Científicos, UNISC, Santa Cruz do Sul, 2024.

EIGUER, Alberto. **A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica**. Unimarco Editora. São Paulo, 1998.

FREUD, Sigmund. **A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Imago. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, v. 14, 1996.

GRANDO, Marina Schnorr; KATZWINKEL, Andréa da Silva; BRAZ, Marina Miri. Mãe suficientemente boa na contemporaneidade: uma (re)leitura winnicottiana. In: **Seminário de pesquisa em educação da região sul (ANPED Sul)**, Caxias do Sul: UCS, 2012.

GOMIDE, Paula Inez Cunha; GUIMARÃES, Ana Maria de Abreu; Meyer, Patrícia. (2003). Análise de um caso de extinção do poder familiar. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 23(4), 42-47.

LAGO, Vivian Medeiros et al. Um breve histórico da psicologia jurídica no Brasil e seus campos de atuação. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 26, n. 4, p.483–491, nov. 2009.

LOIOLA, Gracielle Feitosa de. Produção de famílias incapazes: entre a proteção, o controle e a resistência. In: LOIOLA, Gracielle Feitosa de (org.) **Produção Sociojurídica de famílias incapazes: do discurso da “não aderência” ao direito de proteção social**. Curitiba: Editora CRV, 2020, p. 133-155.

MADALENA, Marcela; FALCKE, Denise. Maus-tratos na infância e o rompimento do ciclo intergeracional da violência. In: TEODORO, Maycoln L.M; BAPTISTA, Makilim Nunes (org.). **Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 93-100.

MORAES, Fernanda Corrêa Galvão. **O trabalho do psicólogo jurídico frente à criança no processo de separação litigiosa dos pais**, Dissertação (Mestrado Profissional em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco - Mato Grosso do Sul, 2012.

PADILHA, Carolina Rizzatto Martins; BARBIERI, Valeria. Transmissão psíquica transgeracional: uma revisão da literatura. **Revista Tempo Psicanalítico**, [S. l.], v. 52, n. 1, p. 243–270, 2020.

PALIERAQUI, Ramona Edith Bergottini. O Desamparo e a Transmissão Psíquica. **Revista Conexões Psi**, 2(2), p. 15-32, 2014.

PRETTO, Maria Altair; TRILHA, Jackeline Pretto; THOMAZ, Rafael Afonso. A importância do psicólogo no judiciário, **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v. 9. n.09. set. 2023.

REHBEIN, Mauro Pioli; CHATELARD, Daniela Scheinkman. Transgeracionalidade psíquica: uma revisão de literatura. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 563–583, set. 2013.

ROSA, Larissa Wolf da; HAACK, Karla Rafaela & FALCKE, Denise. Rompendo o Ciclo de Violência na Família: Concepções de mães que não Reproduzem o Abuso Sofrido na Infância com seus Filhos. **Revista de Psicologia da IMED**, vol. 7, n. 2, p. 26-36, 2015.

SALINAS, Gustavo Rodrigues. **A transmissão da vida psíquica entre gerações**: Os aspectos determinantes do fazer-se herdeiro da violência sexual. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Sexual) - Universidade Estadual Paulista Faculdade de Ciências e Letras (UNESP) - São Paulo, 2015.

SCHULZE, Mariana Datria; ALVES, Aline Cristine de Moura. No limite do psíquico e do legal: A transgeracionalidade em processos de destituição do poder familiar. **Opinión Jurídica**, Medellín, v. 18, n. 36, p. 209-231, Jun. 2019.

SOUZA, Sátilla Halley Tavares de; NOGUEIRA, Natália Nyanne Sampaio; Souza, Júlio César Pinto de. A Transgeracionalidade do trauma e suas influências nas relações familiares. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 3, n. 11, p. 23653–23681, 2023.

SOUZA, Taynara Cristina. A Transgeracionalidade em Casos de Violação de Direitos. **Revista Saúde em Foco**, Edição nº 10, 2018.



C A P Í T U L O 7

USO DE TELAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: VALIDAÇÃO DE UM JOGO EDUCATIVO COM ESPECIALISTAS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524107>

João Daniel da Silva Pereira

<http://lattes.cnpq.br/1952585710223822>

Karla Julianne Negreiros de Matos

<http://lattes.cnpq.br/2018602003494089>

RESUMO: O estudo aborda o crescimento do uso e abuso de telas entre crianças e adolescentes, intensificado durante e após a pandemia de COVID-19. Pesquisas recentes apontam impactos negativos significativos desse uso excessivo, incluindo prejuízos emocionais, sociais, cognitivos e físicos, como ansiedade, depressão, isolamento social, distúrbios do sono, obesidade e atrasos no desenvolvimento. Diante desse cenário, o estudo propõe e valida um jogo psicoeducativo chamado “Se liga, desliga aí!”, criado para orientar crianças e adolescentes sobre o uso saudável das tecnologias. O jogo foi desenvolvido com linguagem acessível, conteúdo lúdico e foco educativo, baseado em literatura científica e na experiência clínica dos autores. A validação foi realizada com 11 especialistas das áreas da saúde e educação, que avaliaram o conteúdo, a aparência e a relevância do material por meio de instrumentos específicos (IVCES e IVATES). Os resultados mostraram altos índices de concordância quanto à clareza, pertinência e potencial educativo do jogo. Alguns apontamentos foram feitos, como ajustes no tamanho da fonte, inclusão de reforços positivos e ampliação de alertas sobre riscos digitais. Apesar da boa aceitação, os especialistas destacaram a necessidade de estudos adicionais para avaliar o impacto prático do jogo na redução do uso problemático de telas e no comportamento de crianças e adolescentes. O trabalho reforça a importância de estratégias de psicoeducação e do envolvimento familiar na promoção do uso consciente da tecnologia. Conclui-se que o jogo é uma ferramenta promissora, culturalmente adequada e com potencial para

fortalecer ações de saúde mental e educação digital, recomendando-se pesquisas futuras para validar sua eficácia clínica.

PALAVRAS-CHAVE: desenvolvimento infantil; educação em saúde; saúde mental

Screen Use in Childhood and Adolescence: Validation of an Educational Game with Experts

ABSTRACT: The study addresses the growth of screen use and abuse among children and adolescents, which intensified during and after the COVID-19 pandemic. Recent research points to significant negative impacts of this excessive use, including emotional, social, cognitive, and physical harm, such as anxiety, depression, social isolation, sleep disorders, obesity, and developmental delays. In light of this scenario, the study proposes and validates a psychoeducational game called “Se liga, desliga aí!” (roughly “Pay Attention, Turn It Off!”), created to guide children and adolescents on healthy technology use. The game was developed with accessible language, playful content, and an educational focus, based on scientific literature and the authors’ clinical experience. The validation was carried out with 11 specialists in the fields of health and education, who evaluated the content, appearance, and relevance of the material using specific instruments (IVCES and IVATES). The results showed high levels of agreement regarding the clarity, pertinence, and educational potential of the game. Some suggestions were made, such as adjustments to font size, inclusion of positive reinforcements, and expansion of alerts about digital risks. Despite the positive reception, the specialists highlighted the need for further studies to assess the practical impact of the game on reducing problematic screen use and on the behavior of children and adolescents. The study reinforces the importance of psychoeducational strategies and family involvement in promoting conscious use of technology. It is concluded that the game is a promising, culturally appropriate tool with the potential to strengthen mental health and digital education initiatives, and future research is recommended to validate its clinical effectiveness.

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 desencadeou transformações profundas na dinâmica social, educacional e tecnológica, trazendo à tona questões urgentes relacionadas ao comportamento humano e à saúde mental (Rundle, 2021). Entre os fenômenos mais evidentes desse período, destaca-se o aumento expressivo do uso e abuso de telas — fenômeno que abrange o uso de celulares, smartphones, tablets, computadores e videogames. As medidas de isolamento social e as restrições à circulação em espaços públicos levaram milhões de pessoas ao confinamento doméstico, intensificando

a dependência de dispositivos digitais como principal meio de trabalho, lazer e socialização (Rundle, 2021).

Esse cenário resultou em um crescimento significativo do tempo de exposição às telas em todas as faixas etárias, gerando impactos consideráveis sobre a saúde física e mental da população (Przybylski & Orben, 2023). Contudo, observa-se que tais efeitos foram particularmente intensos entre crianças e adolescentes, cuja estrutura emocional, cognitiva e social ainda está em processo de desenvolvimento (Przybylski & Orben, 2023).

Estudos contemporâneos, como o de Haidt (2024), autor de *A Geração Ansiosa*, apontam evidências robustas de que o uso descontrolado de tecnologias digitais têm produzido efeitos deletérios sobre o bem-estar psicológico de crianças e jovens. O autor demonstra que parte das plataformas digitais foi desenvolvida com mecanismos capazes de induzir padrões de comportamento compulsivo e dependente, favorecendo o surgimento de quadros de ansiedade, depressão e isolamento social. Nesse contexto, observa-se um aumento alarmante de sintomas internalizantes e dificuldades de socialização, configurando um problema de saúde pública de alcance global.

No Brasil, medidas regulatórias começaram a ser implementadas, como a criação, em 2025, de uma lei que regulamenta o uso de telas em ambientes escolares. Essa iniciativa representa um avanço importante no enfrentamento dos impactos negativos do uso excessivo de dispositivos digitais. Entretanto, fora do espaço escolar, as famílias continuam a enfrentar dificuldades significativas para estabelecer limites e promover um uso mais equilibrado das tecnologias.

Além dos prejuízos emocionais e sociais, o uso abusivo de telas está associado a consequências físicas relevantes, como o aumento da obesidade infantil, distúrbios do sono, sedentarismo e alterações no desenvolvimento psicomotor (Organização Mundial da Saúde, 2023; Silva & Andrade, 2022). Assim, torna-se urgente a construção de estratégias intersetoriais que envolvam profissionais da saúde mental, educadores e famílias, com o objetivo de promover uma relação mais consciente, crítica e saudável com o mundo digital.

Uma ferramenta amplamente reconhecida na literatura científica e na prática clínica por sua eficácia nesse contexto é a **psicoeducação**. A produção de materiais educativos voltados para pais, profissionais de saúde e educadores constitui um importante recurso de intervenção, por favorecer a compreensão dos quadros mentais, promover a adesão ao tratamento e empoderar pacientes e familiares (Mohammad S, 2023). No entanto, observa-se uma escassez de materiais psicoeducativos validados especificamente voltados ao público infantojuvenil em contextos relacionados ao uso e abuso de telas.

Nesse cenário, a utilização de recursos visuais, lúdicos e informativos — adequados à faixa etária e ao nível de desenvolvimento — pode representar uma estratégia eficaz para acolher, informar e orientar crianças, adolescentes e suas famílias sobre práticas de uso saudável e consciente da tecnologia. Esses recursos contribuem não apenas para a redução dos impactos negativos do uso de telas, mas também para o fortalecimento da autonomia e da autorregulação no contato com o ambiente digital.

Diante da importância de tornar o acesso ao letramento sobre o uso de telas mais compreensível e humanizado para o público infantojuvenil, o presente estudo propõe a **validação de um material psicoeducativo** denominado “*Se liga, desliga ai!*”. O material foi desenvolvido a partir de um **jogo de tabuleiro** que tem como eixos centrais a comunicação clara, a linguagem apropriada e a abordagem empática, buscando orientar crianças e adolescentes sobre o uso responsável das tecnologias e os riscos do uso excessivo para a saúde física e mental.

A validação desse recurso visa garantir sua eficácia, clareza e aplicabilidade prática, de modo a consolidá-lo como uma ferramenta acessível e cientificamente embasada para profissionais, educadores e famílias no enfrentamento dos desafios impostos pela cultura digital contemporânea.

MÉTODO

Design, local de estudo e período

O estudo ocorreu em duas etapas. Trata-se de uma pesquisa metodológica que é definida como um estudo cujo objetivo principal é desenvolver o jogo “*Se liga, desliga ai!*” como um instrumento válido, confiável e útil (DEL PRETTE, 2020). O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza, capital do Ceará, estado do Nordeste brasileiro.

Desenvolvimento da tecnologia educativa

O jogo recebeu o nome de “*Se liga, desliga ai!*”, sendo desenvolvido com o objetivo ser uma forma lúdica, divertida e simples de discutir com as crianças e adolescentes sobre a temática, educando de forma indireta e mobilizadora. O desenvolvimento tecnológico considerou publicações científicas sobre psicoeducação em saúde mental, uso de telas por crianças e adolescentes e contou com a expertise do autor e da co-autora, ambos com mais de 10 anos de experiência da área. Além disso, o jogo foi desenvolvido após intenso período de estudos na área. O jogo desenvolvido pode ser usado de forma em dupla ou em coletiva e aborda os temas do cotidiano de qualquer criança e adolescentes que fazem uso de telas e redes sociais. O jogo consiste em material gráfico que também pode ser distribuído de forma digital e

apresenta cores diferentes, com ilustrações dispostas ao longo do tabuleiro com o intuito de proporcionar à criança ou adolescente uma experiência de acolhimento e aproximação. Aproximadamente, a tecnologia custa cerca de 15 reais (versão física) ou gratuita na sua versão digital.

O jogo precisa de mais um participante para acontecer, não precisando necessariamente de um adulto ou profissional da saúde para mediar. As provas e atividades propostas pelo tabuleiro são auto-explicativas e proporcionam educação e orientação sobre as telas e seus perigos a partir da brincadeira.

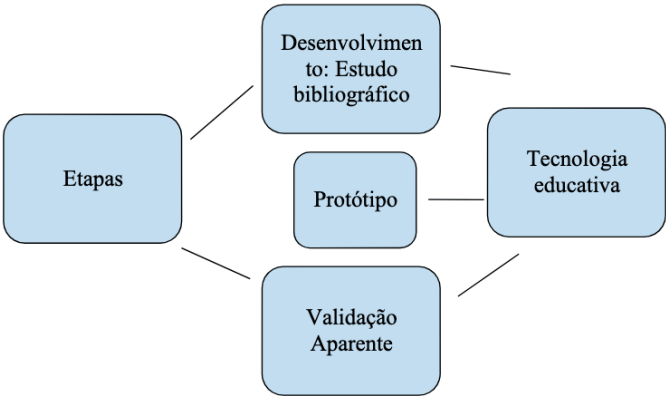


Figura 1 - Etapas que foram seguidas na elaboração do Livro

Figura 2 - 1º Versão do jogo



Figura 2- Notas usadas para pontuação dos jogadores



Figura 2 - 1ª Versão do jogo

AValiação de validade de conteúdo

- Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Primeiro, o jogo foi avaliado por especialistas, que foram escolhidos por conveniência. Entre os especialistas que totalizavam 11 convidados, 10 trabalhavam diretamente com crianças, 09 profissionais da saúde, 2 profissionais da educação. 1 profissional que trabalhava com Psiquiatria, 1 com Pediatria e 2 com Psicologia. Se os participantes não completassem totalmente os questionários, seriam excluídos do estudo, o que não aconteceu.

- Protocolo de estudo

Os especialistas receberam uma cópia do jogo, do manual de instrução e responderam três questionários: a) perfil sociodemográfico; b) Instrumento de Validação de Conteúdo. Educativo em Saúde (IVCES) - Os itens foram divididos em **três domínios**: objetivos (4 itens), estrutura/apresentação (9 itens) e relevância (2 itens). A consistência interna desse instrumento é (coeficiente de ~0,877). c) Aparência de Tecnologias Educacionais em Saúde (IVATES) - Embora o instrumento seja tratado como unidimensional ("aparência"), do estudo emergiram diferentes aspectos que os itens abordam.

- Análise de dados e estatística

As respostas aos questionários foram descritas e utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVCES), para cada item: somar as pontuações de “concordo” ou “concordo totalmente” (ou “2” na escala de 0-1-2 típica) dos especialistas e dividir pelo total de especialistas $\times$ pontuação máxima possível para esse item. Exemplo: se 20 especialistas avaliaram e a escala era 0 = discordo, 1 = parcialmente, 2 = totalmente, então o máximo possível seria $20 \times 2 = 40$. Se o somatório das respostas “2” fosse 34, então $IVC_item = 34/40 = 0,85$. Veja que em um estudo usaram exatamente essa fórmula: “soma das respostas 2 / soma de todas as respostas” para IVC.

Aparência de Tecnologias Educacionais em Saúde (IVATES) é um instrumento para validar a “aparência” de tecnologias educacionais em saúde. E foca na qualidade da apresentação visual e na interface, que são componentes essenciais para a efetividade da educação em saúde. Avalia cada item individualmente. $IVA-I \geq 0,78$: Considerado excelente. $0,60 \leq IVA-I \leq 0,77$: Indica necessidade de adequação. $IVA-I < 0,60$: Classificado como ruim, necessitando de refeito. IVA-T (Índice de Validação de Aparência Total): A soma de todos os itens. $IVA-T \geq 0,90$: Considerado válido quanto à aparência.

RESULTADO

Observou-se que o conteúdo do jogo foi avaliado como altamente adequado pela maior parte dos participantes em praticamente todas as questões analisadas. Todos os 11 avaliadores concordaram que o material não apresentava informações supérfluas, encontrava-se coerente com a cultura local e atual, e que as orientações descritas no folder eram pertinentes, atualizadas e suficientes para o alcance dos objetivos propostos. De modo geral, consideraram que o recurso favorece a promoção de um uso mais saudável das telas. O grupo de médicos foi o que mais identificou limitações pontuais no material, embora nenhum tenha discordado integralmente de qualquer aspecto do conteúdo.

Na análise de aparência, alguns juízes relataram dificuldade de leitura, especialmente relacionada ao tamanho e tipo da fonte, além de apontarem desafios na aplicação prática do jogo em ambientes convencionais de saúde, como consultórios e ambulatórios. A partir das contribuições dos especialistas, foram realizados ajustes no conteúdo, como o aumento das recompensas para comportamentos positivos, a inclusão de alertas sobre as chamadas “*trends*” que podem conter conteúdos violentos ou inadequados, e a criação de uma nova casa — “preciso falar com alguém” — destinada a incentivar a busca por ajuda diante de sinais de prejuízo no uso de telas.

Em relação à forma e linguagem, nove participantes (81%) concordaram totalmente com a qualidade da apresentação visual. Dez (90%) avaliaram que o texto mantinha linguagem neutra e explicativa, com vocabulário simples e apropriado ao público-alvo. Todos os avaliadores (100%) concordaram quanto à clareza das ideias, e nove (81%) reconheceram os termos técnicos e títulos como informativos e bem definidos.

De maneira geral, o jogo foi bem aceito, destacando-se pelo objetivo educativo claro, formato original e linguagem acessível. Conclui-se que essa tecnologia apresenta-se promissora no campo da psicoeducação; contudo, são necessários novos estudos que avaliem:

1. o impacto do jogo como instrumento de educação psicológica para crianças e adolescentes;
2. se crianças com padrões de uso problemático conseguem se reconhecer nas situações apresentadas e buscar apoio; e
3. se o conteúdo do jogo tem potencial de disseminação entre pares, familiares e profissionais.

Espera-se que esta pesquisa estimule o desenvolvimento e a validação de outros materiais educativos breves, como cartilhas e folders, garantindo sua adequação ao público-alvo e otimizando o uso de recursos, sobretudo os públicos, destinados à produção de tecnologias em saúde.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos a partir da avaliação do jogo educativo desenvolvido mostraram-se promissores. Os juízes especialistas consideraram o conteúdo pertinente, o formato atrativo e o potencial educativo relevante para o contexto de prevenção do uso abusivo de telas entre crianças e adolescentes. As sugestões apontadas — como aprimorar o contraste visual, ajustar o tamanho das fontes e incluir reforços positivos para mudanças de comportamento — foram incorporadas de forma a tornar o material ainda mais acessível e eficaz. Assim, o processo de validação contribuiu não apenas para confirmar a adequação do jogo, mas também para seu aperfeiçoamento contínuo, demonstrando a importância do diálogo entre a prática clínica, a educação e a pesquisa científica.

Apesar dos resultados positivos, é importante reconhecer que o fenômeno do uso excessivo de telas na infância e adolescência constitui um desafio crescente e multifacetado. Diversas pesquisas têm demonstrado associações entre o tempo prolongado de exposição às telas e o aumento de sintomas ansiosos e depressivos, redução da qualidade do sono e prejuízos no desempenho escolar (Twenge et al.,

2024; Przybylski & Orben, 2023). Dados recentes sugerem que adolescentes que passam mais de quatro horas diárias em dispositivos eletrônicos apresentam de 35 % a 88 % mais sintomas depressivos, quando comparados àqueles com uso inferior a duas horas diárias (Lissak, 2023). Em crianças pequenas, o tempo de tela elevado associa-se a atrasos no desenvolvimento da linguagem, da motricidade e da capacidade de autorregulação emocional (Madigan et al., 2023; Tamana et al., 2023). Esses achados evidenciam que o problema ultrapassa a dimensão comportamental, alcançando aspectos neuropsicomotores e psicossociais.

A partir desse contexto, os resultados da validação do jogo educativo assumem importância ampliada: demonstram que recursos lúdicos e psicoeducativos podem funcionar como instrumentos de mediação, sensibilização e prevenção, especialmente quando integrados ao trabalho de profissionais de saúde, psicólogos e educadores. Contudo, tais estratégias não devem ser compreendidas como soluções isoladas. É indispensável aprofundar os estudos sobre seus efeitos a médio e longo prazo, sobre sua aplicabilidade em diferentes contextos socioeconômicos e culturais e, principalmente, sobre sua capacidade de envolver as famílias de forma efetiva no processo educativo.

A educação parental emerge, portanto, como um eixo central para qualquer intervenção preventiva. As evidências mostram que famílias que adotam uma mediação ativa — participando das atividades digitais, comentando conteúdos e estabelecendo limites claros — reduzem significativamente os efeitos negativos do uso de telas sobre o desenvolvimento infantil (Radesky & Christakis, 2023). Educar as famílias para educar as crianças é um caminho que exige políticas públicas, formação continuada de profissionais e campanhas que incentivem o uso consciente da tecnologia, preservando o brincar, o movimento e o contato humano como pilares do desenvolvimento saudável.

Finalmente, reconhece-se que, embora o jogo validado neste estudo constitua um instrumento promissor e culturalmente sensível, ainda há lacunas a serem preenchidas. São necessários novos estudos que avaliem o impacto do jogo sobre indicadores objetivos — como redução do tempo de tela, melhora de hábitos de sono, aumento do engajamento familiar e redução de sintomas ansiosos — além de pesquisas longitudinais que investiguem a sustentabilidade dessas mudanças. O presente trabalho representa, portanto, um passo relevante no campo da psicoeducação sobre o uso saudável de telas, mas integra um movimento mais amplo de construção de práticas educativas e preventivas baseadas em evidências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que, em investigações futuras, seja possível realizar a validação clínica do instrumento, de modo a verificar sua eficácia como recurso de apoio na coleta de dados relativos a materiais educativos na área da saúde.

O presente estudo demonstrou índices satisfatórios de confiabilidade, com valores de IVA-I $\geq 0,78$ e IVC = 0,72 e significância estatística de $p < 0,05$. A colaboração dos juízes durante o processo de elaboração e validação mostrou-se essencial para garantir a precisão dos resultados e minimizar possíveis vieses que poderiam comprometer as conclusões.

Destaca-se ainda que a avaliação de instrumentos em saúde deve envolver uma equipe multiprofissional, de forma a ampliar a objetividade e a consistência das análises. Assim, o **IVCES e o IVES** revelam-se **ferramentas válidas e confiáveis** para a avaliação de conteúdos educativos voltados à promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 14.957, de 17 de janeiro de 2025**. Dispõe sobre a regulamentação do uso de telas em ambientes escolares e institui diretrizes para a promoção da saúde digital infantojuvenil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2025.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda A. P. Psicoeducação e habilidades sociais: contribuições para a promoção da saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 25, n. 1, p. 1-12, 2020.

HAIDT, Jonathan. **A geração ansiosa: como a crise da saúde mental entre jovens começou e como acabar com ela**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2024.

Rundle, A. G.; Hansen, Hansen, M. A.; Henkhaus, L. E.; Barmes, M. H.; Cluxton-Keller, F.; ... et al. Trends in screen time use among children during the COVID-19 pandemic, July 2019 through August 2021. *JAMA Network Open*, v. 6, n. 2, e2256157, fev. 2023. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2022.56157.

LISSAK, G. Screen time and its effects on child and adolescent mental health: An updated review. *Journal of Behavioral Addictions*, v. 12, n. 3, p. 427-441, 2023.

MADIGAN, S. et al. Screen time and developmental outcomes in early childhood: A prospective cohort study. *JAMA Pediatrics*, v. 177, n. 9, p. 914-923, 2023.

Mohammad S., et al. *Symptoms, Mechanisms, and Treatments of Video Game Addiction. Psychiatry Investigation*. 2023;20(3):153-164. <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0216>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretrizes sobre o tempo de tela para crianças e adolescentes**. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 26 out. 2025.

PRZYBYLSKI, A. K.; ORBEN, A. Digital screen engagement and adolescent well-being: Evidence from population-based studies. *Nature Human Behaviour*, v. 7, p. 1078-1090, 2023.

RADESKY, J. S.; CHRISTAKIS, D. A. Digital media and parenting: Designing technology for healthy child development. *Pediatrics*, v. 152, n. 1, p. e2022059123, 2023. SILVA, Mariana R.; ANDRADE, Paula C. **Uso excessivo de telas e seus impactos na saúde mental infantil: uma revisão integrativa**. *Revista Brasileira de Psicologia e Saúde*, v. 14, n. 2, p. 75-88, 2022.

SOUZA, Carla M.; LOPES, Renato H. **Tecnologia, infância e saúde mental: desafios contemporâneos da era digital**. *Cadernos de Psicologia da Educação*, v. 22, n. 1, p. 101-117, 2023.

TAMANA, S. K. et al. Association between screen exposure and delays in developmental milestones among children aged 0–5 years. *Pediatric Research*, v. 95, n. 5, p. 1298-1307, 2023.

TWENGE, J. M. et al. Trends in screen time and mental health indicators among U.S. adolescents, 2011–2023. *Journal of Adolescent Health*, v. 74, n. 2, p. 217-225, 2024.

LINGUAGEM E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA PERSPECTIVA DA NEUROPSICOLOGIA: UMA REVISÃO NA LITERATURA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524108>

Luana Pinha Fernandes Charret

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
<http://lattes.cnpq.br/0096598180297411>

Jeanne dos Santos Oliveira Marques Dantas

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
<http://lattes.cnpq.br/1286351203077241>

Conceição Santos Fernandes

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC Rio
<http://lattes.cnpq.br/1651824709775404>

RESUMO : Introdução: A linguagem é considerada uma importante ferramenta para estabelecer e fortalecer relações sociais. A presença de déficits neurológicos pode levar a dificuldades na aquisição da linguagem, como é o caso, por exemplo, de crianças com transtorno do espectro do autismo (TEA). Crianças com TEA apresentam dificuldades de linguagem que afetam suas interações sociais. O TEA é um transtorno de neurodesenvolvimento que prejudica o processamento de informações no cérebro, condicionando o indivíduo a déficits na interação social e na comunicação, além de comportamentos restritos e repetitivos. **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura sobre a intersecção entre linguagem e Transtorno do Espectro do Autismo, enfocando a análise dos desafios enfrentados pelos testes neuropsicológicos na avaliação da linguagem em crianças com TEA. **Método:** Foi realizada uma revisão da literatura, com abordagem qualitativa e estudo exploratório, através de fontes selecionadas na língua portuguesa e inglesa publicadas entre os anos de 2014 à 2024, nas base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC) e PubMed (U.S. National Library of Medicine). **Discussão:** Este estudo pretende contribuir para o conhecimento e compreensão

da interação entre linguagem e indivíduos com TEA, podendo oferecer relevância para a prática clínica neuropsicológica e para futuras pesquisas na área de estudo.

PALAVRAS CHAVES: transtorno do espectro do autismo; autismo, linguagem; comunicação, testes neuropsicológicos.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que acarreta prejuízos na interação social, na comunicação social e no comportamento, dispondo características que tendem a se manifestar de maneira variada em cada indivíduo (APA, 2014). A maioria dos indivíduos com TEA apresentam comprometimento intelectual e de linguagem (APA, 2014).

O autismo tem sido cada vez mais estudado e identificado tanto na pesquisa quanto na prática clínica (TOMAZELLI et. al, 2023). No contexto do autismo, a linguagem desempenha um papel essencial como meio de expressão de pensamentos, sentimentos e necessidades (MANSUR, 2018). A capacidade de se comunicar eficazmente é crucial não só para a interação com o ambiente, mas também para estabelecer e manter relações interpessoais significativas (DAMASIO, 2014).

Contudo, para muitas pessoas com TEA, os obstáculos na fala representam um desafio importante, impactando sua habilidade de se expressar e interagir com os outros de maneira apropriada. Uma das características mais marcantes do autismo é a diversidade na comunicação verbal (APA, 2014). Enquanto algumas pessoas podem possuir um vasto vocabulário e habilidades linguísticas avançadas, outras podem ser não verbais ou enfrentar dificuldades significativas na comunicação. Essa variedade torna a avaliação da linguagem no TEA uma tarefa complexa, que demanda abordagens personalizadas e adaptadas às necessidades de cada indivíduo (FAÉ et.al., 2018)

Neste cenário, a avaliação neuropsicológica desempenha um papel crucial. Através da aplicação de testes e ferramentas específicas, os profissionais da área da saúde conseguem identificar padrões de comunicação e áreas de dificuldade, contribuindo para o diagnóstico precoce e para a elaboração de intervenções personalizadas (FICHMAN, 2021).

Entretanto, para compreender as nuances da linguagem no Transtorno do Espectro do Autismo, é necessário adotar uma abordagem holística que considere não apenas as habilidades linguísticas, mas também o contexto emocional, social e cognitivo do sujeito. Este estudo tem como propósito investigar a ligação entre linguagem e TEA, concentrando-se na análise da avaliação neuropsicológica empregada para avaliar diferentes facetas da linguagem em indivíduos com esse transtorno.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa e estudo exploratório, com estudos publicadas entre os anos de 2014 a 2024, nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico e Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), nas línguas: português e inglês.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)

Na edição mais recente da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), lançada em 2022, foram introduzidas alterações no diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Uma das alterações substanciais foi a revisão da nomenclatura para Transtorno do Espectro do Autismo, com o objetivo de englobar todos os diagnósticos anteriormente categorizados como Transtorno Global do Desenvolvimento na CID-10 (KERCHES, 2022).

Adicionalmente, o código F84.0 foi substituído pelo código 6A02, o qual foi expandido para incluir novas subdivisões. Conforme essas subdivisões, o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) na CID-11 é categorizado como 6A02.0 - Transtorno do Espectro do Autismo sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional (OMS, 2019).

Além disso, uma nova subdivisão, 6A02.1 - Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional, foi introduzida. Adicionalmente, foram incluídas avaliações funcionais do desenvolvimento e da linguagem (KERCHES, 2022).

O diagnóstico de TEA é embasado por dois diferentes eixos: a) os déficits sociais e de comunicação, como prejuízos nas habilidades sociais, interesses sociais, em atenção compartilhada, brincar, interesse social e b) comportamentos repetitivos e restritivos, como estereotípias motoras, sensibilidade sensorial, ecolalias, padrões de interesses rígidos (APA, 2014).

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por padrões persistentes de dificuldades na comunicação social, interação social restrita e comportamentos repetitivos ou restritos (APA, 2022). Em 1906, pela primeira vez, o conceito de autismo surgiu, passando por alterações em sua classificação ao longo dos anos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que agora o reconhece como Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (MERLLETI, 2018).

O TEA afeta indivíduos em diferentes graus, desde aqueles com dificuldades significativas na comunicação e funcionamento diário até aqueles com habilidades excepcionais em áreas específicas (APA, 2022). Uma das características mais marcantes do autismo é a variação na capacidade de comunicação verbal, com algumas crianças sendo não verbais ou tendo dificuldades significativas na linguagem, o diagnóstico é fundamental para que possa haver suporte adequado, promovendo um desenvolvimento saudável da criança (APA, 2022).

Em seus estudos, os pesquisadores Abreu (2016) evidenciaram que crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) são postas a desafios significativos em áreas como planejamento e flexibilidade cognitiva, concentração e compreensão de conceitos. De acordo com suas análises, as deficiências nas funções executivas em indivíduos com TEA manifestam-se em dificuldades sociais, limitações na autonomia para realizar tarefas cotidianas, bem como em obstáculos na aprendizagem de novos conhecimentos e na adoção de comportamentos adaptativos.

Os sinais típicos do TEA geralmente se manifestam nos primeiros anos de vida (SBP, 2019), sendo possível identificá-los antes dos 12 meses de idade em casos de atrasos significativos no desenvolvimento, ou após os 24 meses, quando os sintomas são mais sutis (APA, 2022). A origem do TEA é em grande parte atribuída à genética, sendo resultado das influências genéticas transmitidas pelos pais ou de mutações genéticas na própria criança (SANTOS, 2022).

Além desse componente genético, diversos outros fatores são reconhecidos como contribuintes para o TEA, como a idade avançada dos pais, o nascimento prematuro, anormalidades no desenvolvimento do sistema nervoso central, infecções congênitas e complicações durante a gestação (OLIVEIRA, 2021; SANTOS, 2022).

Ademais, o Transtorno do Espectro do Autismo é caracterizado por uma variedade de traços específicos, como dificuldade em manter contato visual, ecolalia (repetição mecânica de palavras ou frases), estereotípias (padrões de comportamento repetitivos), interesses restritos, e desafios na comunicação expressiva e receptiva (OLIVEIRA, 2021).

Os traços específicos descritos acima estão intrinsecamente ligados às três principais áreas de diagnóstico identificadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM V), que enfatizam a importância da interação social, do uso adequado da linguagem, e da presença de comportamentos repetitivos e interesses limitados (MERLETTI, 2018). É notável que a deficiência na linguagem seja amplamente reconhecida nos critérios diagnósticos estabelecidos e destacada na literatura como uma característica central no TEA (CAMPOS; FERNANDES, 2016).

Crianças diagnosticadas com TEA podem exibir padrões comportamentais distintos desde tenra idade (THOMPSON, 2019). Estudos recentes indicam uma tendência preocupante de regressão ou estagnação em habilidades previamente adquiridas no desenvolvimento de crianças com TEA nos últimos anos, especificamente, há uma notável diminuição ou estabilidade no progresso das habilidades de comunicação e linguagem, o que representa um marco significativo no desenvolvimento dos comportamentos sociais em crianças autistas. Esses achados são cruciais para compreender não apenas a linguagem, mas também outros aspectos do desenvolvimento em áreas específicas (BOTERBERG, 2019).

O autismo está se tornando cada vez mais perceptível e objeto de discussão na sociedade contemporânea. Conforme os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), a prevalência do transtorno do espectro do autismo (TEA) tem aumentado gradualmente ao longo dos anos. Em 2004, o CDC relatou uma prevalência de 1 em 166 pessoas. Em 2012, o número era de 1 em 88 pessoas. Em 2018, esse número subiu para 1 em cada 59 pessoas. Em 2020, a prevalência era de 1 em 54 pessoas. O último relatório da agência, de dezembro de 2021, mostrou que 1 em cada 44 crianças foi diagnosticada com autismo, e o número atualmente é de 1 em 36 crianças (TOMAZELLI et. al, 2023).

O aumento de sua prevalência é atribuído a fatores, como a ampliação dos critérios diagnósticos, a implementação de abordagens de avaliação mais abrangentes, o crescente nível de conscientização, a integração dos diagnósticos com os serviços disponíveis e a inclusão de especialistas no entendimento das nuances da condição (SOUZA, 2023).

Além disso, os pesquisadores Tomazelli et. al (2023) relatam que os sinais de diagnóstico precoce do autismo em crianças estão relacionados a características de atrasos na linguagem, atenção compartilhada, falta de sociabilização e troca de olhares e sorrisos, em adição, o atraso na linguagem é um fenômeno de maior preocupação entre os pais e cuidadores.

O transtorno do espectro do autismo pode variar em diferentes níveis, por esse entendimento, foi empregado o termo “espectro”, os níveis diferem de I, II e III. Segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]-5 (APA, 2013), os três níveis são descritos como: Nível I - requer suporte; Nível II – Exige apoio substancial; Nível III – Exige muito apoio substancial

Para a classificação dos níveis no TEA, é levado em consideração o grau de prejuízo na interação social, nos padrões repetitivos e restritivos de comportamento, no prejuízo da comunicação social recíproca e os interesses restritivos (ASSOCIATION, 2014; POLVARINI, 2017). Os sinais comportamentais associados incluem atraso na fala, dificuldade em manter contato visual, ecolalia, reações emocionais diante

de mudanças na rotina, seletividade alimentar e apego incomum a objetos. É crucial destacar que nem todas as crianças afetadas apresentam todos esses sinais (FERREIRA, 2021).

O TEA, categorizado em três distintos níveis, os quais são determinados principalmente pelo grau de impacto causado e pelo nível de dependência da criança em relação ao apoio de outras pessoas ou profissionais, o classifica em três diferentes níveis ou graus, considerando o espectro de dependência envolvido (EVÊNCIO, 2019).

Como referido anteriormente, o TEA é dividido em três níveis distintos. O primeiro nível, autismo leve (nível I – necessidade de pouco apoio) caracterizando-se como uma forma mais branda da condição. Esta variante é mais comum em indivíduos do sexo masculino e, quando não diagnosticada durante a infância, pode aumentar o risco de desenvolver ansiedade e depressão na idade adulta. Crianças nesse estágio apresentam dificuldades em iniciar interações sociais, mostram pouco interesse em estabelecer relações com os outros e podem exibir respostas atípicas ou inadequadas a estímulos sociais. Embora o suporte necessário seja mínimo, a falta de apoio adequado pode resultar em desafios significativos para o desenvolvimento (FEZER, 2017; SOUZA, 2019).

O segundo nível do espectro, designado autismo moderado (nível II – necessidade de apoio substancial), é caracterizado por uma gravidade ligeiramente maior nas deficiências nas interações sociais. Indivíduos neste nível apresentam dificuldades tanto na interação quanto na comunicação verbal e não verbal. Mesmo com apoio, enfrentam desafios em suas interações sociais e têm dificuldade em mudar o foco de suas atividades. Nesses casos, um nível adicional de suporte é necessário para auxiliar no desenvolvimento e na adaptação (SOUZA, 2019).

O terceiro nível do espectro autista, denominado autismo severo (nível III – necessidade de apoio muito substancial), é caracterizado por uma perda significativa de habilidades de comunicação, interação social e linguagem. Indivíduos diagnosticados neste nível requerem um suporte intensivo, pois enfrentam desafios mais complexos na comunicação verbal e não verbal. Além disso, é comum observar dificuldades marcantes na iniciação de interações sociais, associadas a possíveis atrasos cognitivos e deficiência intelectual. Essas pessoas também enfrentam consideráveis dificuldades em lidar com mudanças, manter o foco em suas atividades e gerenciar comportamentos repetitivos (SOUZA, 2019; ZANON, 2017).

Considerando os diferentes níveis do espectro do autismo (PEA), que vão do leve ao grave, é evidente que esta classificação proporciona uma abordagem abrangente para compreender a complexidade desta doença. Os níveis I, II e III refletem diferentes graus de dificuldade nas áreas da comunicação, da interação

social e do comportamento, que vão desde o mínimo ao substancial e ao muito substancial, delineando a necessidade de apoio. Esta estratificação não só permite uma avaliação mais exata das necessidades individuais, como também orienta intervenções individualizadas e estratégias de gestão adequadas a cada nível. Em última análise, a compreensão destes níveis é essencial para garantir que as pessoas com PEA recebem o apoio de que necessitam para atingir o seu pleno potencial e melhorar a sua qualidade de vida (POLVARINI, 2017).

LINGUAGEM

A linguagem e a comunicação desempenham papéis essenciais na vida humana, possibilitando a expressão de pensamentos, sentimentos e ideias (SILVA, 2018). A linguagem verbal consiste no uso de palavras, faladas ou escritas, para expressar significados, e engloba vocabulário, gramática e sintaxe, permitindo a interação entre pessoas (SILVA; ALMEIDA, 2018). Já a comunicação é um processo mais abrangente, que vai além das palavras, incluindo gestos, expressões faciais, linguagem corporal e contexto cultural. Trata-se da troca de informações e significados entre duas ou mais pessoas, podendo ocorrer de forma verbal ou não verbal. Para ser eficaz, a comunicação exige não só a habilidade de transmitir mensagens de maneira clara, mas também a capacidade de compreender e interpretar a comunicação recebida (MARTINO, 2019).

A linguagem é uma forma de comunicação claramente humana que tem a capacidade de simbolizar ideias, sejam elas simples ou complexas, concretas ou abstratas, e visa, entre outras coisas, transmitir informações entre interlocutores (DAMASIO, 2014). É uma habilidade complexa e multifacetada que envolve a produção de sons, o desenvolvimento de sistemas de controle complexos e a disponibilidade de grandes quantidades de informações (SPRINGER, DEUTSCH, 1998). O sistema de processamento de linguagem constitui-se em componentes parcialmente independentes que trabalham juntos para realizar tarefas linguísticas (DAMASIO, 2014).

O envolvimento dos circuitos neurais na linguagem é um ponto importante a ser estudado. Contudo, é igualmente interessante considerar a lateralização das funções mentais, onde um hemisfério cerebral exerce domínio sobre o outro – especialmente em relação à linguagem. Mais especificamente, destaca-se o circuito cortical do hemisfério esquerdo como a área responsável pela produção de palavras após serem processadas visualmente, auditivamente ou por meio do tato (MANSUR et. al, 2018).

O giro angular entra em foco não apenas pela atenção, mas também pelo seu papel nos processos linguísticos, recebendo projeções de áreas corticais primárias

responsáveis pelo processamento sensorial, a informação então move-se para a área cortical terciária que filtra informações sensoriais específicas antes de enviá-las para a área de Wernicke para interpretação como palavras, para repetir uma palavra que foi processada, a informação é retransmitida para a área de Broca através do fascículo arqueado – onde ocorre a programação motora antes de ocorrer a produção real da fala.

A fala só pode ocorrer quando o córtex motor primário do giro pré-central do lobo frontal recebe informações, pois é por essa via que as fibras descendentes do sistema piramidal chegam para estimular o músculo necessário à vocalização no uso da linguagem (MANSUR et. al, 2018). O uso da linguagem, de forma única, é o que define o ser humano, pois permite a aquisição e utilização de uma ou mais linguagens cognitivas para o compartilhamento

proposital de informações, sendo assim, o uso da linguagem favorece o desenvolvimento, seja das funções executivas ou da empatia social; implica regulação emocional e intencionalidade na seleção de estímulos e ações (MANSUR et. al, 2018).

Segundo no estudo do autor citado anteriormente, a mediação linguística é importante para o desenvolvimento das habilidades sociais e o fortalecimento dos modelos de interações social. A língua é apenas parte de um conjunto de meios de comunicação em um sentido mais amplo, a noção de comunicar envolve a transmissão de uma mensagem por uma ou várias fontes a um ou mais receptores por meio de um sistema específico de sinais. Em outras palavras, se houver relações de propriedade definidas no mundo do comportamento animal, elas são primariamente diferenciadas nas manifestações materiais do comportamento, diferente da comunicação verbal, a língua é um sistema de sinais linguísticos (MANSUR et. al, 2018).

A linguagem exerce fundamental papel no que tange a comunicação entre os pares (MENESES, 2020). A habilidade de transmitir ideias e pensamentos através de símbolos e sinais torna-se importante para o desenvolvimento humano e para a concordância social. Contudo, em determinados contextos, a comunicação significativa pode ser difícil estabelecida, nesse sentido temos a conjuntura de indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo (FAÉ et al., 2018).

As dificuldades da linguagem observadas no TEA podem estar associadas à falta de uma comunicação funcional. Isso significa que os indivíduos com TEA podem até ter um amplo vocabulário e ser capazes de formar frases complexas, porém têm dificuldade em aplicá-las em contextos apropriados, resultando em interações sociais incoerentes (MENESES, 2020; FAÉ, 2018).

Importante ressaltar que a linguagem de indivíduos com TEA, habitua-se de via única, costuma ser utilizada para realizar solicitações, partilhar sentimentos ou

até manter uma conversa, porém sem reciprocidade (APA, 2014). A ausência de comunicação não verbal em indivíduos com TEA usualmente é expressa de modo reduzido, atípico de contato visual, gestos, orientação corporal ou expressões faciais (APA, 2014).

As dificuldades de comunicação associadas ao TEA estão principalmente ligadas ao significado das palavras, sua utilização no contexto e à condução das interações sociais. Esses desafios costumam se manifestar através da repetição de palavras ou frases, geralmente as últimas ouvidas, da dificuldade em utilizar corretamente pronomes (referindo-se a si mesmo na terceira pessoa), assim como na conjugação verbal e no uso de adjetivos (MENESES, 2020).

Conforme discutido previamente, uma das características marcantes do TEA é a alteração na comunicação, a qual se apresenta de forma bastante variada. Estudos têm indicado que os déficits na comunicação em crianças com TEA tendem a se manifestar geralmente antes dos dois primeiros anos de vida (BACKES, 2017). Essas variações podem ser extremas, indo desde a ausência completa de linguagem verbal (não verbais) até uma comunicação verbal fluente. Em outras palavras, enquanto algumas crianças afetadas pelo TEA podem enfrentar dificuldades severas na comunicação oral, outras podem demonstrar habilidades verbais desenvolvidas (VOLKMAR et al., 2014).

Os elementos não verbais da comunicação, fundamentais para as interações sociais, também podem ser impactados em crianças com TEA. Isso pode se manifestar através de expressões faciais limitadas, entonação monótona ou exagerada, gestos restritos ou excessivos durante a fala, os quais podem ser inadequados. Além disso, essas crianças podem enfrentar dificuldades na interpretação de expressões faciais e gestos do interlocutor, levando a interpretações equivocadas ou até mesmo à falta de reconhecimento desses sinais não verbais durante a comunicação (WING, 2014; APA, 2014).

Os aspectos linguísticos e não linguísticos da comunicação desempenham um papel fundamental nas interações sociais, como em situações de diálogo, onde pessoas com TEA podem encontrar desafios na compreensão e adesão às normas sociais implícitas. Estas normas sociais podem ser variáveis e sujeitas a mudanças ao longo do tempo, o que adiciona uma camada adicional de complexidade para aqueles com TEA. Isso impacta a maneira como se expressam verbalmente, fisicamente e gestualmente, sua postura, movimentos, contato visual durante trocas sociais. Sendo assim, capacidade de adaptar seu comportamento à personalidade do interlocutor e ao contexto comunicativo pode não ser naturalmente desenvolvida nesses indivíduos (BÓ, 2019).

Com isso, os déficits na comunicação da linguagem verbal no TEA abrangem tanto a compreensão quanto a expressão, resultando em uma notável restrição na intenção comunicativa. Geralmente, as interações comunicativas são direcionadas para solicitações de objetos e ações, enquanto as habilidades de interação social, como chamar a atenção para si e participar de atenção conjunta são desafiadoras (LIMA, 2023).

A reciprocidade, iniciação e manutenção do diálogo também são áreas problemáticas. Além disso, a pragmática, que se refere ao uso adequado da linguagem em diferentes contextos, é frequentemente afetada, o que impacta a funcionalidade da comunicação. Isso pode se refletir na quantidade e na diversidade dos atos comunicativos realizados pela pessoa com TEA (LIMA, 2023; ARUTIUNIAN, 2022).

As dificuldades de lidar com as alterações do TEA são amplamente atribuídas à sua complexidade e variabilidade (POSAR, 2021). Especificamente em relação à comunicação, essa variabilidade é evidente, indo desde a ausência de linguagem verbal funcional até a presença de linguagem minimamente verbal. Alguns indivíduos com TEA podem demonstrar habilidades morfológicas e sintáticas bem desenvolvidas, além da capacidade de iniciar interações comunicativas com objetivos sociais e de manter diálogos (ARUTIUNIAN, 2022; POSAR, 2021).

Apesar de, na maioria dos casos, as crianças com TEA desenvolverem linguagem verbal durante o período pré-escolar, seu progresso nesse aspecto pode ocorrer de forma mais tardia (POSAR, 2021). É importante destacar que as dificuldades de comunicação em indivíduos com TEA não se restringem apenas à linguagem verbal, mas também abrangem outras formas de comunicação, como expressões faciais e gestos. Independentemente do Transtorno do Espectro Autista (TEA), a presença severa ou relativa de déficits na linguagem pode representar um obstáculo significativo para o desenvolvimento intelectual (SKWERER, 2016).

No contexto do TEA, uma criança descrita como “minimamente verbal” demonstra habilidades de linguagem consideravelmente limitadas ou pouco desenvolvidas. (GOODWIN, 2018). Essas crianças geralmente têm dificuldade em utilizar palavras ou frases simples para expressar suas necessidades, pensamentos e sentimentos. E, apesar de possuírem alguma capacidade de linguagem, sua habilidade de se comunicar verbalmente é significativamente restrita, muitas vezes incapazes de participar em conversas ou interações sociais de maneira adequada. O termo “minimamente verbal” é utilizado para caracterizar esse nível limitado de habilidades de comunicação verbal em crianças dentro do espectro autista (GOODWIN, 2018).

As dificuldades na linguagem observadas em crianças com TEA, especialmente naquelas com linguagem minimamente verbal, podem acarretar diversas consequências desfavoráveis. Isso pode incluir a manifestação de problemas de

comportamento, como autoagressão, agressão contra outros e comportamentos destrutivos, além de dificuldades na vida diária e um impacto negativo nas habilidades sociais (GOODWIN, 2018). Indivíduos com TEA frequentemente demonstram uma gama variável de comprometimento na linguagem verbal, aproximadamente 25-30% das crianças com TEA não desenvolvem linguagem verbal funcional ou permanecem minimamente verbais (MV) (KOEGL, 2020; GOODWIN, 2018).

Consequentemente, é comum que esses indivíduos minimamente verbais enfrentem repercussões adversas no ambiente escolar, nas oportunidades de emprego e na busca por independência na vida adulta. Estudos indicam que pessoas com TEA, especialmente aquelas com linguagem minimamente verbal (MV), tendem a experimentar uma qualidade de vida inferior e têm menos oportunidades de participação na comunidade (KOEGL, 2020).

Destaca-se que a comunicação do indivíduo com TEA, pode ser manifestada de forma não-verbal (NEY; HUBNER, 2022). Nessa conjuntura, sujeitos não verbais não verbalizam, mas são capazes de se comunicarem através de símbolos, sinais e com auxílio de um aparelho eletrônico (NEY; HUBNER, 2022).

Ainda no contexto da linguagem, Hellendroorn et al. (2015), trazem para a pesquisa científica que crianças com distúrbio específico da linguagem podem apresentar um nível menos elevado em tarefas visuoespaciais quando comparadas com crianças com desenvolvimento típico. Os indivíduos com TEA, apresentam dificuldades no comportamento dentro das escolas, muitas vezes por não serem compreendidos de maneira adequada. A ecolalia é uma característica comum dentro do espectro do autismo e torna-se um empecilho na socialização e na explicação de uma tarefa, como os autores citam abaixo:

No que diz respeito ao campo de comportamentos repetitivos na linguagem, o discurso repetitivo é proeminente e pode se manifestar por autorrepetição da sua fala ou repetição do outro, por meio da ecolalia. Nas crianças com TEA de uso predominante da comunicação verbal, a ecolalia é um fenômeno persistente que se caracteriza como um distúrbio de linguagem, definida como a repetição em eco da fala do outro (MERGL; AZONI; 2015, p.2072).

Nesse sentido, torna-se importante a observação específica da comunicação e interação de cada aluno com TEA nas salas de aula e no seu convívio social, a fim de propor atividades que esses sujeitos possam compreender e participar de atividades de maneira viável.

AValiação Neuropsicológica da Linguagem

Os principais objetivos da avaliação neuropsicológica no contexto clínico incluem a investigação da natureza e do grau de diversas alterações comportamentais e cognitivas, o planejamento e monitoramento de programas de reabilitação para tais

alterações, o acompanhamento da evolução de quadros neurológicos e psiquiátricos, o apoio em tratamentos clínicos medicamentosos e cirúrgicos, e a contribuição para o diagnóstico diferencial de condições neurológicas e neuropsiquiátricas, como destacado por Miotto (2018).

Especialmente durante a infância, uma avaliação neuropsicológica precisa pode desempenhar um papel crucial na implementação de intervenções terapêuticas eficazes. Essas medidas certamente contribuirão para o desenvolvimento e tratamento do indivíduo, promovendo condições de vida mais favoráveis. Conforme apontado por Argimon e Lopes (2017), a avaliação neuropsicológica em crianças requer a identificação precisa dos objetivos específicos da avaliação, a avaliação da presença ou ausência de distúrbios do desenvolvimento e cognitivos, além da detecção de dificuldades na aquisição de habilidades. É essencial obter informações detalhadas sobre a história de vida da criança, incluindo possíveis danos cerebrais, idade de início dos sintomas e tratamentos prévios administrados (MIOTTO, 2018).

A avaliação neuropsicológica não se limita à mera aplicação e correção de testes cognitivos. Ela possibilita o raciocínio de hipóteses diagnósticas, identifica de maneira pormenorizada o tipo e a extensão da alteração cognitiva, discrimina as funções cognitivas preservadas e comprometidas, a presença de alteração comportamental e de humor, bem como o impacto que as mesmas têm em atividades de vida diária (AVDs), ocupacional, social e pessoal do indivíduo (MIOTTO, 2018).

É fundamental ressaltar a importância da entrevista clínica no contexto da avaliação neuropsicológica, uma vez que esta avaliação não se limita apenas à aplicação e correção de testes padronizados. A entrevista clínica representa o elemento central de uma avaliação neuropsicológica, pois é por meio dela que se estabelecem as hipóteses diagnósticas do caso.

Durante a entrevista, são coletados diversos dados, incluindo a história clínica pregressa dos pacientes (desde a infância até a idade atual) e de seus familiares, o uso passado e presente de substâncias e medicamentos, o nível de escolaridade, o contexto cultural e social, bem como informações sobre ocupação atual e pregressa (MIOTTO, 2018).

Com isso, é realizada a aplicação de uma bateria de testes para integrar os dados anteriormente coletados para possibilitar uma avaliação mais abrangente do indivíduo, considerando também a observação clínica do psicólogo, para assim traçar um perfil cognitivo, possibilitando a compreensão das funcionalidades do indivíduo (MIOTTO, 2018). No âmbito da neuropsicologia clínica, a linguagem é avaliada por meio de questionários estruturados que examinam a função comunicativa da linguagem, bem como por meio de observações sistemáticas em ambientes naturais que revisam a pragmática linguística em contextos de conversação com relação à linguagem e à interação social. Com base nesses métodos de observação, baterias de teste padronizadas e normatizadas podem ser aplicadas para identificar

sintomas e diagnosticar rupturas e distúrbios da linguagem, como dislexia, disgrafia ou diferentes formas de afasia (MANSUR et. al, 2018).

As metodologias de avaliação da linguagem visam investigar uma ampla gama de aspectos envolvidos na produção e compreensão verbal em diferentes níveis de processamento, como os níveis lexical, semântico, sintático e pragmático (MANSUR et. al, 2018 & MIOTTO et. al, 2017). Alguns testes utilizados no contexto brasileiro para avaliação neuropsicológica na linguagem incluem:

- (1) Teste de fluência verbal, que envolve a produção oral de palavras únicas;
- (2) Teste de nomeação de Boston, também envolvendo a produção oral de palavras únicas;
- (3) Teste de Token, utilizado para avaliar compreensão em níveis semântico e sintático;
- (4) Módulo da linguagem do NEUPSILIN, abrangendo tanto a produção quanto a compreensão linguística;
- (5) Teste de Boston de diagnóstico de afasia, utilizado para avaliar tanto a produção quanto a compreensão verbal;
- (6) Subtestes de vocabulário, semelhanças e conceitos figurativos do WISC IV, focalizando principalmente a compreensão no nível semântico;
- (7) Para crianças, podem ser utilizados os subtestes da Bateria de Avaliação da Linguagem Oral, Leitura, Escrita e Aritmética desenvolvida por Seabra et al. (2013), concentrando-se na avaliação da produção linguística;
- (8) Teste de Desempenho Escolar, que avalia de forma estruturada habilidades como leitura, escrita e aritmética.

Quando a comunicação verbal do paciente é limitada, são empregados testes como as Matrizes Progressivas de Raven (RAVEN, 2000) e a Escala de Maturidade Mental Colúmbia (RODRIGUES, 1994). Esses testes avaliam a inteligência geral e estimam a capacidade de raciocínio sem depender da expressão verbal. Um protocolo específico foi concebido para avaliar crianças com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA) - o Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de TEA - Revisado (Protea-R), especialmente adaptado para crianças não verbais. Este protocolo oferece um método de avaliação psicológica em um ambiente lúdico, permitindo a identificação dos comportamentos característicos do transtorno, destacando as potencialidades no desenvolvimento da criança e, adicionalmente, fornecendo um perfil descritivo que embasa o plano terapêutico (BOSA et. al, 2016).

O teste SON-R 2 ½ - 7 é um teste não verbal de inteligência e pode ser utilizado para avaliação das habilidades cognitivas de crianças com TEA não verbais. O teste apresenta três escores: QI de Execução (composto por Mosaicos e Padrões), QI de Raciocínio (Categorias e Situações) e QI geral (quatro subtestes). Uma vantagem da utilização desse teste para a população descrita acima diz respeito a forma de manipulação que é realizada através de desenhos, figuras, mosaicos e não exige instruções ou respostas verbais, isso torna-se vantajoso pois considera-se que a população com TEA, normalmente possui comprometimento na linguagem verbal (LAROS et. al, 2010).

Contudo, torna-se importante destacar os instrumentos mais utilizados na avaliação da linguagem, de maneira geral, descrevendo a função cognitiva que o teste se dispõe. Abaixo serão descritos em uma tabela testes e tarefas utilizadas para avaliar a linguagem (FICHMAN, 2021).

Nome do Teste ou Tarefa	Função Cognitiva	Objetivo
CETI – Índice de efetividade comunicativa	Aspectos Pragmáticos Funcionalidade da comunicação	Efetividade da comunicação em situações naturais
Avaliação funcional de Habilidades Comunicativas	Aspectos pragmáticos Funcionalidade da comunicação	Comunicação social; necessidades básicas; leitura; escrita e conceitos numéricos, planejamento diário
Observações diretas de situações naturais	Aspectos pragmáticos	Análise de conversação
Vocabulário	Memória Semântica Compreensão	Definição oral do significado de uma palavra
Semelhanças	Memória Semântica Compreensão Formação de Conceitos	Semelhanças entre duas palavras que representam conceitos ou objetos comuns
Conceitos Figurativos	Memória Semântica Compreensão Formação de Conceitos	Figuras que têm características conceituais em comum
Teste de Boston	Hemisfério Esquerdo Compreensão Produção Oral Escrita	Avaliar fala espontânea; conversação, compreensão auditiva, expressão oral, leitura, escrita.
Teste de Nomeação de Boston	Avaliação de Anomia Linguagem expressiva e produtiva	Nomeação de desenhos de objetos por confrontação visual

Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação (MAC)	Pragmática Componentes do Discurso Hemisfério Direito	Avaliar aspectos pragmáticos, discurso, aspectos lexicais-semânticos e prosódicos
Teste Token	Compreensão	Avaliar a compreensão da linguagem por meio da execução de comandos simples ditados pelo examinador
NEUPSILIN – Módulo Linguagem	Linguagem Oral e Escrita	Linguagem oral avaliada pela nomeação, repetição, compreensão oral, inferências. Linguagem escrita avaliada pela leitura, compreensão, escrita espontânea, escrita copiada e ditada
Fluência Verbal	Produção Oral	Produção espontânea de palavras começando com uma letra específica ou uma categoria semântica
Seabra - Bateria de Avaliação da Linguagem Escrita, leitura para crianças	Compreensão auditiva e de leitura, avaliação de dislexia e distúrbio da linguagem	Escrita de palavras isoladas sob ditado e escolha de um desenho entre quatro itens que corresponde ao conteúdo de uma frase que pode ser apresentada de forma oral ou escrita
Bateria de Avaliação de Linguagem Oral	Produção e Compreensão da Linguagem Oral	Discriminação, nomeação e repetição
Teste de Desempenho Escolar	Produção escrita e leitura de palavras isoladas	Escrita e leitura de palavras isoladas

Tabela 1. Testes e Tarefas utilizadas para avaliar linguagem

Fonte: (FICHMAN, 2021).

A partir da tabela descrita, é notória a variedade de testes e tarefas utilizados na avaliação da linguagem, cada um com seus objetivos e focos específicos. Esses instrumentos abordam uma ampla gama de habilidades cognitivas, desde aspectos pragmáticos da comunicação até a compreensão e produção de linguagem oral e escrita. É crucial destacar a importância de uma avaliação abrangente que leve em consideração não apenas a linguagem em si, mas também sua função cognitiva e sua efetividade em situações naturais de comunicação. Compreender esses aspectos é fundamental para o diagnóstico preciso e para o desenvolvimento de

intervenções adequadas, visando a melhoria da comunicação e qualidade de vida dos indivíduos avaliados.

DISCUSSÃO

A intersecção entre linguagem e Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) apresenta um grande desafio para os profissionais de saúde, uma vez que as dificuldades na fala e linguagem é uma das características mais comuns dessa população. O TEA é um transtorno complexo, que apresenta prejuízos na comunicação social e interação, bem como na alteração do comportamento (APA, 2014).

Contudo, esses prejuízos são tão variados em sua manifestação que tornam a avaliação e intervenção ainda mais difíceis. A fala e linguagem são partes centrais do dia a dia de todas as pessoas, tornando meios de expressar ideias, sentimentos e necessidades. Para uma pessoa com TEA, as dificuldades nessa área podem resultar numa privação em sua capacidade de interagir com seus pares.

Portanto, embora muitos indivíduos afetados tenham um vocabulário amplo e a capacidade de formar frases complexas, eles também podem enfrentar dificuldades ao usar efetivamente essas habilidades em contextos sociais, levando a interações sociais desarticuladas e isolamento. A avaliação da linguagem para indivíduos com TEA é um processo complexo que exige uma variedade de abordagens (SOUZA, 2021).

Os testes neuropsicológicos são um conjunto comum de ferramentas avaliativas que são regularmente empregadas para avaliar uma variedade de aspectos da linguagem, incluindo a produção, compreensão, pragmática e fluência. No entanto, essas ferramentas podem ser difíceis de ajustar e interpretar para o TEA devido ao amplo intervalo de capacidades e estilos de comunicação atribuíveis à condição. Além dos testes formais, a observação direta em ambientes naturais do alvo também é essencial.

Essas observações são capazes de fornecer uma compreensão mais abrangente das capacidades linguísticas da criança e da maneira como ela emprega a linguagem em sua vida diária. No entanto, vale a pena notar que a interpretação dos achados dessas observações deve ser guiada por uma compreensão aprofundada do quadro clínico do TEA e da natureza das variações individuais.

Como tal, a avaliação da linguagem desempenha um papel crucial na prática da neuropsicologia clínica e ajuda os profissionais a identificar os distúrbios da linguagem em uma idade precoce e abordá-los efetivamente. Abordagens personalizadas baseadas em evidências são fundamentais para direcionar o desenvolvimento das habilidades sociais e linguísticas de uma criança diminuída.

Sugere-se que a análise da linguagem em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um procedimento abrangente que demanda uma abordagem unificada e completa. É crucial que os profissionais da área da saúde e educação estejam conscientes dos desafios singulares enfrentados por essas crianças e sejam capazes de ajustar suas práticas de avaliação e intervenção para atender às necessidades específicas delas.

REFERÊNCIAS

ABREU, N.; CARVALHO, C.; LIMA, C.; MONTEIRO, D.; AGUILAR, Q. Reabilitação das funções executivas. MALLOY-DINIZ, (org.). **Neuropsicologia: aplicações clínicas**. Porto Alegre: Artmed, cap. 17, p. 255-271, 2016.

ARGIMON, IRANI Iracema de Lima; LOPES, Regina Marina Fernandes. Avaliação neuropsicológica infantil: aspectos históricos, teóricos e técnicos. In: TISSER, Luciana (org.). Avaliação neuropsicológica infantil. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017.

ARUTIUNIAN, Vardan et al. Language abilities of Russian primary-school-aged children with autism spectrum disorder: evidence from comprehensive assessment. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, p. 1-16, 2022.

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA. 8. Bechara, A., Dolan, S. and Hinds, A. 2013.

ASSOCIATION, A. P. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5). 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, v. V, 2014.

BACKES, Bárbara; ZANON, Regina Basso; BOSA, Cleonice Alves. Características sintomatológicas de crianças com autismo e regressão da linguagem oral. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 33, p. e3343, 2017.

BÓ, Fernanda Rocha. **Caracterização da linguagem de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista**. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo

BOSA, C. A.; ZANON, R. B.; BACKES, B. Autismo: construção de um Protocolo de Avaliação do Comportamento da Criança – Protea-R. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 194-205, 2016. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v18n1/15.pdf.

Boterberg, S. e. (2019). Regression in autism spectrum disorder: A critical overview of retrospective findings and recommendations for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 102, 24-55.

CAMPOS, Larriane Karen de; FERNANDES, Fernanda Dreux Miranda. Perfil escolar e as habilidades cognitivas e de linguagem de crianças e adolescentes do espectro do autismo. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2016. p. 234-243.

Damasio, A R & Damasio, |1, (2014). Brain and language. *Scientific American*, 267(3),88-109

EVÊNCIO, Kátia Maria de Moura; MENEZES, Helena Cristina Soares; FERNANDES, George Pimentel. Transtorno do Espectro do Autismo: Considerações sobre o diagnóstico / Autism Spectrum Disorder: Diagnostic Considerations. ID on line. Revista de psicologia, [S.l.], v. 13, n. 47, p. 234-251, out. 2019. ISSN 1981-1179.

FAÉ, I. G.; AZEVEDO, P. G.; SALES, A. L. B. C.; RIBEIRO, P. C.; MARES, Y. S.; MELO, F. M.; LOMBARDI, A. B. Diagnóstico diferencial entre transtornos de espectro autista e transtorno específico de linguagem receptivo e expressivo: uma revisão integrativa. Revista Médica de Minas Gerais, v.28, Supl. 6, 2018.

FERREIRA, Pedro TRADUZINDO O AUTISMO. Revista Brasileira de Ciências Sociais [online]. 2021, v. 36, n. 106, e3610615. Available from: . Epub 12 Mar 2021. ISSN 1806- 9053.

FEZER, Gabriela Foresti et al. Características perinatais de crianças com transtorno do espectro autista. Revista Paulista de Pediatria, v. 35, p. 130-135, 2017.

FICHMAN, Helenice Charchat. Neuropsicologia clínica. 1. ed. Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021.

GOODWIN, Matthew S. et al. Predicting imminent aggression onset in minimally-verbal youth with autism spectrum disorder using preceding physiological signals. In: **Proceedings of the 12th EAI International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare**. 2018. p. 201-207.

HELLENDORRN, Annika et al. Motor functioning, exploration, visuospatial cognition and language development in preschool children with autism. Research in Developmental Disabilities, 39, 32–42, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422214005472>. DOI:10.1016/j.ridd.2014.12.033.

Kerches, D., (2022). TEA na CID 11: o que muda? Autismo e Realidade. <https://autismoerealidade.org.br/2022/01/14/teanaCid11oquemuda/>

KOEGEL, Lynn Kern et al. Definitions of nonverbal and minimally verbal in research for autism: A systematic review of the literature. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 50, p. 2957-2972, 2020.

LAROS, Jacob Arie; REIS, Rafaela F.; TELLEGEN, Peter J. Indicações da validade convergente do Teste Não-Verbal de Inteligência SON-R 2½-7 [a]. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 9, n. 1, p. 43-52, 2010.

LIMA, Leilane Júlia Chaves de et al. Fatores relacionados à funcionalidade da comunicação social em crianças com transtorno do espectro do autismo: estudo preliminar. **Audiology-Communication Research**, v. 28, p. e2754, 2023.

Mansur LL, Da Costa TMG, Silagi ML. Linguagem. In: Malloy-Diniz LF, et al. Avaliação neuropsicológica. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2018.

MARTINO, Luiz Claudio. Sobre o conceito de comunicação: ontologia, história e teoria. **Questões Transversais**, v. 7, n. 14, p. 13-25, 2019.

MERLLETI, C. Autismo em causa: histórico diagnóstico dos pais, prática clínica e narrativas. *Psicologia USP*. v.29. n.1. p.146-151. 2018.

MIOTTO, Eliane Correa et al. Manual de avaliação neuropsicológica: a prática da testagem cognitiva. 1. vol, 2018. Memnon. ISBN: 9788579541322.

NEY, Thaís; HUBNER, Lilian Cristine. Linguagem oral e escrita no autismo-TEA: perspectivas teóricas e pedagógicas. **The ESpecialist**, v. 43, n. 2, p. 18-35, 2022.

OLIVEIRA de Almeida, Cecília Rezende; SOUZA, José Carlos. Neurobiologia do autismo infantil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e11910111495- e11910111495, 2021.

POSAR, Annio; VISCONTI, Paola. Atualização sobre crianças “minimamente verbais” com transtorno do espectro do autismo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 40, p. e2020158, 2021.

POLVARINI, V. D. M. Mapeamento Das Produções Científicas E Perspectivas Educacionais Sobre O Transtorno Do Espectro Do Autismo. Monografia (Bacharelado em Psicologia) - União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO). São José do Rio Preto. 2017

Raven JC. Matrizes Progressivas. Escala Geral. Rio de Janeiro: CEPA; 2000.

Rodrigues A, Rocha. JMP. Escala Colúmbia de Maturidade Intelectual. Rio de Janeiro: CEPA; 1998.

SANTOS, Régia Vidal; MACEDO, Eunice; MAFRA, Jason Ferreira. Autismo na escola: da construção social estigmatizante ao reconhecimento como condição humana. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 103, p. 466-485, 2022.

SILVA, DENISE MIRELLE DA. O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM VERBAL E NÃO VERBAL NA EDUCAÇÃO INFANTIL ANÁPOLIS 2018. 2018.

SILVA, Mônica Maria Pereira da; ALMEIDA, Danielle Barbosa Lins de. Linguagem Verbal, Linguagem Visual: Reflexões teóricas sobre a perspectiva Sócio-Semiótica da Linguística Sistemico-Funcional. **Odisseia, Natal**, v. 3, n. 1, p. 36-56, 2018. Springer, S. P. & Deutsch, G. (1998). Cérebro esquerdo, cérebro direito. São Paulo, SP

Skwerer DP, Jordan SE, Brukilacchio BH, Tager-Flusberg H. Comparing methods for assessing receptive language skills in minimally verbal children and adolescents with autism spectrum disorders. *Autism*. 2016;20:591-604. <https://doi.org/10.1177/1362361315600146>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Transtorno do Espectro do Autismo**. nº 5, p. 1 – 24, abril 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped.Desenvolvimento-21775b-MO-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf.

SOUZA, Amândio; GONÇALVES, Dalila; CUNHA, Daniele. Transtorno do Espectro Autista: Uma introdução. -, [S. l.], pág. 1-4, 2019.

SOUZA, Dinara Cassia de et al. O Transtorno do Espectro do Autismo: oportunidade de educação interprofissional. 2023.

SOUZA, Liz Passos Nascimento. Diagnóstico diferencial entre transtorno do espectro autista (TEA) e distúrbio específico de linguagem (DEL). **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 7, p. 1465-1482, 2021.

Thompson, L. e. (2019). Autism With and Without Regression: A Two-Year Prospective Longitudinal Study in Two Population-Derived Swedish Cohorts. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 2281-2290.

TOMAZELLI, Jeane; GIRIANELLI, Vania Reis; FERNANDES, Conceição Santos. Incidência de transtorno global do desenvolvimento em crianças: características e análise a partir dos CAPSi. **Psicologia USP**, v. 34, p. e210002, 2023.

VOLKMAR F. R.; WIESNER. O que é autismo? Conceitos de diagnostico. causas e pesquisas atuais. In : *Autismo guia essencial para compreensão e tratamento* Porto Alegre: Artmed, 2019. cap.1, p.1-24

WING, L. Asperger's Syndrome: a clinical account, *Psychological Medicine*. V.11. 115- 29, 2014.

ZANON, Regina Basso et al. Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo , v. 19, n. 1, p. 152-163, abr. 2017



C A P Í T U L O 9

MECANISMOS DA DOR: FUNDAMENTOS NEUROFISIOLÓGICOS E IMPLICAÇÕES PARA A TERAPIA OCUPACIONAL

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9352524109>

Síbila Floriano Landim

Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Psicología,
Universidad de Talca, Talca 3465548, Chile
Centro de Investigación en Ciencias Cognitivas, Facultad de
Psicología, Universidad de Talca, Talca 3465548, Chile
Carrera de Terapia Ocupacional, Departamento de Ciencias de la Salud, Facultad
de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Jacinta del Carmen Valesco Camus

Carrera de Terapia Ocupacional, Departamento de Ciencias de la Salud, Facultad
de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Luciana Buin

Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO,
Universidade Federal de São Carlos, Coordenadora do Comitê de Educação
em Dor da Sociedade Brasileira de Estudos da Dor - SBED

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial profundamente complexa, que desempenha um papel essencial na proteção do corpo, abrangendo esferas físicas, sociais, mentais e espirituais. Ela atua como um sistema de alerta biológico altamente eficiente, sinalizando danos teciduais e situações de risco, enquanto mobiliza respostas dos diversos sistemas do organismo para promover a reparação e minimizar os danos. Portanto, a dor não é apenas uma resposta fisiológica; é um fenômeno multifacetado, influenciado por fatores emocionais, cognitivos e sociais. Essa característica torna a dor um dos fenômenos mais estudados e debatidos em diversas áreas do conhecimento humano, refletindo sua relevância fundamental na experiência cotidiana dos indivíduos.

Embora seja um mecanismo de defesa essencial para a sobrevivência, quando persistente após cura dos tecidos, perde sua função protetora e passa a afetar significativamente a qualidade de vida, a funcionalidade e as ocupações das pessoas afetadas. A dor crônica pode ter consequências devastadoras, prejudicando a capacidade de realizar atividades cotidianas, afetando o bem-estar psicológico e prejudicando as interações sociais. Esse impacto limita a plena participação do indivíduo na sociedade e se torna uma preocupação central no campo da saúde, especialmente no cuidado a longo prazo e no tratamento de doenças crônicas. Inclui em aspectos financeiros da gestão de cuidados.

A neurofisiologia da dor é um campo de estudo multidisciplinar que busca entender os mecanismos subjacentes à experiência dolorosa, integrando conhecimentos de neurologia, fisiologia, neurociências e outras disciplinas. Esta área de pesquisa busca explicar como os estímulos dolorosos são processados pelo sistema nervoso e como fatores internos e externos podem alterar a percepção da dor. Este capítulo visa aprofundar a compreensão sobre a neurofisiologia da dor, discutindo em detalhes seus mecanismos, classificações e as condições que afetam a funcionalidade do indivíduo. Serão apresentadas abordagens terapêuticas utilizadas na Terapia Ocupacional que promovem o gerenciamento da dor, a melhora da participação social e qualidade de vida.

Compreender a neurofisiologia da dor é essencial para o manejo eficaz dessa condição, pois permite que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias terapêuticas mais precisas e personalizadas. Com esse entendimento, foca-se para além dos sintomas dolorosos, abrangendo os impactos causados pela dor. Essa abordagem integrada e multidisciplinar é vital para a construção de tratamentos eficazes a longo prazo, que favoreçam a autonomia e o bem-estar do paciente, melhorando sua participação nas atividades diárias e em sua vida social.

Embora a dor seja uma experiência universal, reconhecida em diferentes culturas, sua compreensão ainda representa um desafio, sobretudo por seu caráter subjetivo e multifatorial. Ao longo da história, o entendimento sobre a dor passou por importantes transformações. Inicialmente, era concebida de forma estritamente física, vinculada exclusivamente ao dano tecidual imediato. Com o avanço do conhecimento científico, tornou-se evidente que a dor é um fenômeno muito mais complexo, resultante da interação entre componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais. Essa ampliação do olhar possibilitou uma compreensão mais aprofundada do fenômeno doloroso e impulsionou o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas.

Nesse contexto, a abordagem biopsicossocial tem se consolidado, nas últimas décadas, como um referencial central para a compreensão e o manejo da dor. Essa

perspectiva reconhece que a experiência dolorosa não se restringe à presença de uma lesão física, sendo profundamente influenciada por fatores emocionais, psicológicos e sociais. Ao considerar a inter-relação entre corpo, mente e contexto, a abordagem biopsicossocial favorece intervenções mais efetivas, que vão além do alívio dos sintomas, promovendo a recuperação global da pessoa, a melhoria da qualidade de vida e a reinserção nas atividades sociais, ocupacionais e profissionais.

Na Terapia Ocupacional, alguns modelos de prática são coerentes com essa perspectiva integradora da dor. O Modelo da Ocupação Humana (MOHO), o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento (CMOP-E) e o Modelo Pessoa–Ambiente–Ocupação (PAO) compartilham pressupostos centrais com o modelo biopsicossocial da dor, ao compreenderem a experiência humana como resultado da interação dinâmica entre fatores pessoais, contextuais e ocupacionais. Os terapeutas ocupacionais, por meio das abordagens e intervenções focadas no sujeito de maneira holística contribuem grandemente para o gerenciamento da dor e a melhora da participação social, apesar da dor. A combinação de estratégias que atuam nos fatores biológicos, como exercícios terapêuticos, uso de tecnologias de reabilitação, órteses, entre outros, somados a intervenções focadas na ocupação e nos aspectos emocionais e sociais promovem a melhora do desempenho ocupacional, funcionalidade e qualidade de vida de pessoas com dor.

Ao entender a dor como uma experiência complexa para além dos sintomas físicos, os terapeutas ocupacionais realizam intervenções que não apenas amenizam a intensidade de dor, mas ajudam o paciente a lidar melhor com os aspectos emocionais e sociais da experiência dolorosa. Isso possibilita que os indivíduos afetados pela dor crônica retomem o controle sobre suas vidas e participem plenamente nas suas ocupações, proporcionando-lhes maior bem-estar e qualidade de vida.

Para a Terapia Ocupacional, compreender os mecanismos fisiológicos e os fatores psicossociais da dor é essencial para planejar intervenções centradas na funcionalidade e na participação. A partir desse entendimento, o terapeuta ocupacional pode adaptar atividades, treinar estratégias de autorregulação, modificar ambientes e promover manejo ativo da dor, auxiliando o paciente a retomar ocupações significativas.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS SOBRE DOR

O Que É Dor?

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”. Essa definição enfatiza a subjetividade da dor, que varia amplamente entre os indivíduos e é influenciada por

fatores físicos, emocionais e sociais. A experiência de dor não é apenas física, mas também psicológica, com impactos que se estendem a esferas sociais e econômicas. A dor aguda é um sistema de alarme importante a sobrevivência, porém, quando se torna crônica, impacta e é impactada por diferentes fatores (contextos emocionais, sociais, individuais), levando a respostas variadas.

Compreendendo a multifatorialidade da dor, o terapeuta ocupacional precisa aplicar em sua prática avaliações que abranjam os diferentes fatores envolvidos na cronicidade, agudização e impactos da dor.

Classificação da Dor

A dor pode ser classificada de diferentes maneiras, de acordo com duração e correlação com dano tecidual (dor aguda) ou relacionada ao fenótipo (nociceptiva, neuropática e nociplástica).

MECANISMOS DA DOR AGUDA

Transdução

A transdução corresponde à fase inicial do processamento da dor, na qual estímulos potencialmente nocivos são transformados em sinais elétricos. Esse processo ocorre nas terminações nervosas especializadas, os nociceptores, capazes de reconhecer estímulos mecânicos, térmicos e químicos. A ativação desses receptores envolve a abertura de canais iônicos, levando à geração de potenciais de ação que são conduzidos ao Sistema Nervoso Central (SNC). A presença de mediadores inflamatórios, como as prostaglandinas, pode aumentar a excitabilidade dos nociceptores, favorecendo a sensibilização periférica e intensificando a resposta dolorosa.

Neuroanatomia Relacionada: Os nociceptores estão presentes nas terminações das fibras nervosas A-delta, que são mielinizadas, e C, que não possuem mielina, distribuídas na pele, articulações, músculos e órgãos internos. A sensibilização desses receptores pode ser mediada por substâncias químicas liberadas durante processos inflamatórios, como prostaglandinas e bradicinina, as quais aumentam a excitabilidade neuronal e contribuem para a intensificação da experiência dolorosa.

Os sinais gerados pelos nociceptores são transmitidos por:

- I **Fibras A-delta:** Essas fibras mielinizadas transmitem sinais de dor aguda e localizada de forma rápida, proporcionando uma sensação imediata de dor, que pode ser descrita como aguda ou “pontada”.

- I **Fibras C:** fibras não mielinizadas que conduzem os sinais de forma mais lenta, associadas à dor difusa, de início tardio e frequentemente persistente. A dor mediada por essas fibras é comumente descrita como contínua, surda ou em queimação, podendo permanecer mesmo após a cessação do estímulo nocivo inicial.

Entender esses mecanismos é crucial para o desenvolvimento de intervenções que possam modular e atenuar a percepção da dor, especialmente quando utilizamos recursos de neuromodulação não invasiva.

Transmissão

Após a transdução, os sinais de dor são transmitidos ao SNC através de vias nervosas específicas, como a via espinotalâmica e a via trigeminotalâmica, até a substância gelatinosa da medula espinhal. Esta transmissão é essencial para a percepção e a resposta à dor.

Neuroanatomia Relacionada: Os neurônios nociceptivos se conectam a interneurônios na substância gelatinosa da medula espinhal, onde ocorre a modulação inicial dos sinais de dor. Esses interneurônios desempenham um papel crítico na integração e processamento dos sinais dolorosos antes de serem enviados ao cérebro. As projeções para o tálamo e, posteriormente, para o córtex somatossensorial e áreas límbicas são cruciais para a percepção consciente da dor.

No nível da medula espinhal, os sinais de dor são processados e modulados antes de serem enviados ao cérebro. A transmissão envolve uma série de sinapses, onde neurotransmissores como a substância P e o glutamato desempenham papéis cruciais na facilitação da sinalização dolorosa. A substância P, por exemplo, é responsável por aumentar a percepção da dor ao estimular neurônios no SNC.

A transmissão da dor pode ser afetada por fatores como:

- I **Plasticidade Sináptica:** alterações na eficácia das sinapses podem levar ao aumento da sensibilidade à dor. Um exemplo relevante é a sensibilização central, na qual mudanças plásticas no SNC resultam em respostas exacerbadas a estímulos nocivos, fenômeno frequentemente observado em quadros de dor crônica.
- I **Interações com outras vias sensoriais:** Fatores como a dor e a sensação tátil podem influenciar mutuamente a percepção. A convergência de entradas sensoriais em áreas específicas do SNC pode modificar a resposta à dor, como é visto em condições de dor crônica onde estímulos não dolorosos podem ser percebidos como dolorosos (alodinia).

Compreender a transmissão da dor orienta intervenções que reduzam estímulos facilitadores e promovam modulação sensorial, especialmente estratégias de neuromodulação não invasiva.

Modulação

A modulação da dor resulta de interações complexas entre o sistema nervoso central (SNC) e fatores emocionais, cognitivos e contextuais. O sistema endógeno de controle da dor desempenha papel fundamental nesse processo, por meio da liberação de neurotransmissores e neuromoduladores, como endorfinas e serotonina, que exercem efeitos analgésicos e inibem a transmissão dos sinais dolorosos. Um exemplo clássico desse mecanismo é o fenômeno do “controle da porta”, no qual a ativação de neurônios inibitórios na medula espinhal reduz a passagem dos impulsos nociceptivos, diminuindo a percepção da dor. Esses mecanismos evidenciam a capacidade do organismo de regular a experiência dolorosa de forma dinâmica e dependente do contexto.

Neuroanatomia Relacionada: As vias descendentes que modulam a dor se originam em áreas como o tronco encefálico e o córtex, projetando-se para a medula espinhal. A ativação de neurônios inibitórios na medula espinhal, muitas vezes mediada por endorfinas, pode diminuir a transmissão dos sinais de dor, funcionando como um mecanismo de “porta de controle”.

A modulação é dinâmica e pode ser influenciada por fatores emocionais e psicológicos, como estresse e ansiedade. Por exemplo, em situações de estresse agudo, o corpo libera cortisol e adrenalina, que podem alterar a percepção da dor, exacerbando a sensibilidade.

A modulação da dor também pode ser afetada por intervenções terapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental, que pode ajudar a mudar a maneira como os pacientes percebem e respondem à dor. Intervenções físicas, também demonstraram impactar positivamente na modulação da dor.

As estratégias de modulação descendente embasam intervenções ocupacionais focadas em regulação emocional, respiração diafragmática, mindfulness, técnicas de relaxamento e engajamento em atividades significativas que reduzem a percepção da dor.

MECANISMOS NEUROFISIOLÓGICOS NA DOR CRÔNICA

Sensibilização e neuroplasticidade na dor crônica

A sensibilização, tanto periférica quanto central, constitui um dos principais mecanismos envolvidos na manutenção e amplificação da dor crônica. A sensibilização periférica ocorre quando os nociceptores, terminações nervosas especializadas na detecção de estímulos potencialmente nocivos, localizadas na periferia do corpo, tornam-se hiperexcitáveis em resposta a processos inflamatórios, lesões ou dano tecidual. Esse aumento da excitabilidade resulta da ação de mediadores inflamatórios, como prostaglandinas, bradicinina e citocinas, que reduzem o limiar de ativação dos nociceptores e intensificam a resposta dolorosa a estímulos nocivos ou mesmo subnocivos.

Já a sensibilização central refere-se a alterações funcionais e estruturais no SNC, especialmente na medula espinhal e em regiões cerebrais envolvidas no processamento da dor. Nesse processo, os neurônios tornam-se hiperresponsivos, levando à amplificação da sinalização nociceptiva, mesmo na ausência de estímulos periféricos contínuos. Um dos desfechos clínicos mais relevantes da sensibilização central é a alodinia, caracterizada pela percepção de dor diante de estímulos habitualmente não dolorosos, como o toque leve. Esse mecanismo é central em condições como a fibromialgia, nas quais a dor persiste de forma desproporcional à presença de lesão tecidual.

Um conceito fundamental associado à dor crônica é o de neuroplasticidade, que corresponde à capacidade do sistema nervoso de modificar suas conexões, organização e função em resposta a experiências, incluindo estímulos dolorosos persistentes. Embora a neuroplasticidade seja essencial para a aprendizagem e adaptação, na dor crônica ela pode assumir um caráter maladaptativo. Alterações na plasticidade sináptica, como o fortalecimento de vias excitatórias relacionadas à dor, contribuem para a amplificação e perpetuação da experiência dolorosa ao longo do tempo.

Além disso, estudos de neuroimagem demonstram que a dor crônica está associada à reorganização cortical, envolvendo regiões como o córtex somatossensorial, a ínsula, o córtex cingulado anterior e o córtex pré-frontal. Essas mudanças refletem não apenas o processamento sensorial da dor, mas também sua dimensão emocional, cognitiva e motivacional, tornando a dor mais intensa, persistente e difícil de modular.

A neuroplasticidade também influencia a integração de fatores emocionais e cognitivos na experiência dolorosa. Estados como ansiedade, estresse e hipervigilância podem reforçar os circuitos neurais associados à dor, contribuindo para sua

intensificação e cronificação. Dessa forma, a dor crônica configura-se como uma experiência multidimensional, que transcende o aspecto puramente sensorial e envolve processos emocionais, cognitivos e comportamentais.

A compreensão desses mecanismos permite ao terapeuta ocupacional aplicar princípios de aprendizagem motora, reorganização funcional e exposição graduada em intervenções centradas na participação, no autocuidado e no desempenho ocupacional, favorecendo processos de neuroplasticidade adaptativa.

Papel da substância P e do glutamato na transmissão da dor

A substância P é um neuropeptídeo envolvido na facilitação da transmissão nociceptiva, atuando principalmente no corno dorsal da medula espinhal. Sua liberação contribui para o aumento da excitabilidade neuronal e para a manutenção da sensibilização central. De forma complementar, o glutamato, principal neurotransmissor excitatório do SNC, desempenha papel central na transmissão das vias nociceptivas e na indução de alterações plásticas sinápticas, estando diretamente implicado nos mecanismos de amplificação da dor crônica.

Cortisol, estresse e percepção da dor

O eixo hipotálamo–hipófise–adrenal (HPA) é um dos principais sistemas envolvidos na resposta ao estresse, e seus hormônios, especialmente o cortisol, exercem influência direta sobre a modulação da dor. Em situações agudas, o cortisol pode ter efeitos analgésicos; entretanto, a exposição crônica ao estresse leva à desregulação do eixo HPA, associando-se ao aumento da sensibilidade à dor. Essa relação bidirecional faz com que a dor crônica intensifique o estresse e, simultaneamente, o estresse contribua para a amplificação da dor.

DOR AGUDA VERSUS DOR CRÔNICA: IMPLICAÇÕES NEUROFISIOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS

Embora compartilhem alguns mecanismos iniciais, a dor aguda e a dor crônica diferem substancialmente em sua base neurofisiológica. A dor aguda é geralmente autolimitada e desempenha função protetora, desaparecendo com a resolução do estímulo nocivo. Em contraste, a dor crônica caracteriza-se pela persistência do sofrimento e pela presença de alterações plásticas no SNC, como sensibilização central, reorganização cortical e disfunção dos sistemas descendentes de modulação da dor.

A desregulação desses circuitos, associada a desequilíbrios em neurotransmissores inibitórios, como serotonina e opióides endógenos, contribui para a manutenção da dor. Além disso, estruturas envolvidas na regulação emocional, como a amígdala e o córtex pré-frontal, desempenham papel central na interação entre dor, emoção e cognição, favorecendo ciclos de dor, ansiedade e sofrimento emocional.

Compreender esses mecanismos é fundamental para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas eficazes. Abordagens baseadas na terapia ocupacional, estratégias cognitivas, regulação emocional e redução do estresse podem modular a neuroplasticidade, reeducar os circuitos neurais da dor e promover a recuperação funcional e a melhora da qualidade de vida.

CLASSIFICAÇÃO DA DOR POR FENÓTIPO

Podemos classificar a dor pelo mecanismo neurofisiológico predominante. Dessa forma, temos:

- I **Dor Nociceptiva:** Resultante da ativação de nociceptores em resposta a estímulos nocivos.
- I **Dor Somática:** Originada em tecidos superficiais, como pele e músculos, geralmente bem localizada. Por exemplo, uma queimadura na pele.
- I **Dor Visceral:** Proveniente de órgãos internos, caracterizada por dor difusa e referida, muitas vezes acompanhada de sintomas autônomos, como náuseas.
- I **Dor Neuropática:** Causada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, frequentemente caracterizada por sensações de queimação ou formigamento, como a dor diabética.
- I **Dor Nociplástica:** Originada da disfunção do sistema nociceptivo, podendo ocorrer sensibilização central ou periférica. Pode haver hiperalgesia (aumento da intensidade de dor) ou alodinia (dor com estímulos não nocivos). Esse tipo de dor é o mais afetado por questões psicossociais. E pode ser classificado em:
 - I **Dor Nociplástica Primária:** Ocorre sem uma causa identificável. É frequentemente observada em condições como fibromialgia e dor miofascial. Nesses casos, os pacientes relatam dor generalizada que não pode ser atribuída a uma lesão específica.
 - I **Dor Nociplástica Secundária:** Secundária (sintoma) de outra condição clínica, como endometriose.

Características da Dor Nociplástica

Pessoas com dor nociplástica podem apresentar:

1. **Hiperalgesia:** O aumento da sensibilidade à dor é resultado da sensibilização dos nociceptores e da atividade aumentada nas vias de transmissão da dor. A hiperalgesia pode ser exacerbada por fatores emocionais e psicológicos.

2. **Alodinia:** A dor em resposta a estímulos normalmente não dolorosos ocorre devido à alteração na forma como o SNC processa a informação sensorial. A alodinia pode ser particularmente desafiadora, pois os pacientes podem relatar dor ao toque leve, como um leve toque na pele.
3. **Dor Difusa e Inconstante** A dor nociplástica muitas vezes apresenta um padrão difuso e inconstante devido às complexas conexões neurais, a dor nociplástica não é facilmente localizável e pode variar em intensidade, frequentemente exacerbada por fatores emocionais e contextuais:
4. **Modulação Multifatorial:** A dor pode ser influenciada por fatores emocionais, estressantes e contextuais, tornando a experiência dolorosa variável. Por exemplo, ambientes estressantes podem amplificar a percepção da dor.
5. **Respostas Fisiológicas Alteradas** As respostas fisiológicas em indivíduos com dor nociplástica são frequentemente alteradas:
 - I **Sensibilização Central:** Ocorre quando os neurônios da medula espinhal se tornam hiperresponsivos, aumentando a resposta a estímulos dolorosos e não dolorosos. Estudos de imagem têm mostrado alterações na atividade cerebral em resposta à dor, destacando a complexidade do processamento da dor.
 - I **Mudanças na Liberação de Neurotransmissores:** A dor nociplástica está associada a alterações nos níveis de neurotransmissores, como a serotonina, que afetam tanto a percepção da dor quanto o estado emocional do paciente.
 - I **Inflamação e Imunidade:** Embora não haja lesão tecidual, a dor nociplástica pode estar associada a estados inflamatórios e alterações na resposta imunológica, influenciando a experiência da dor. Essas interações são um campo ativo de pesquisa, com implicações para tratamentos futuros.
6. **Alterações de humor e comportamento** Os aspectos emocionais têm um papel significativo na experiência da dor nociplástica:
 - I **Ciclo de Dor e Emoção:** A dor persistente pode levar a estados emocionais como ansiedade e depressão, que, por sua vez, podem aumentar a percepção da dor. Alterações na neurotransmissão, especialmente envolvendo serotonina e norepinefrina, são frequentemente observadas em pacientes com dor crônica.
 - I **Mudanças Comportamentais:** A dor pode afetar a capacidade de uma pessoa participar de atividades sociais e de trabalho, resultando

em isolamento e agravamento do estado emocional. Este ciclo vicioso pode criar um desafio adicional no manejo da dor.

- I **Estressores Emocionais:** Estresses da vida, como dificuldades financeiras ou relacionamentos problemáticos, podem exacerbar a dor. A interação entre estresse e dor pode ser mediada por sistemas neuroendócrinos e de resposta ao estresse, como o eixo HPA (hipotálamo-pituitária-adrenal).
- I **Condicionamento e Aprendizado:** Experiências passadas com dor podem moldar a maneira como os indivíduos percebem e respondem à dor futura. Isso é relevante em condições crônicas, onde a dor se torna uma experiência aprendida, perpetuando o sofrimento.

As manifestações típicas da dor nociplástica orientam o terapeuta ocupacional na construção de rotinas que reduzam gatilhos, no treino de habilidades de enfrentamento, no manejo do estresse e na adaptação de ocupações para evitar ciclos de exacerbação.

ESTUDOS DE CASO: APLICAÇÃO DO MODELO DA OCUPAÇÃO HUMANA (MOHO) NA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DA DOR NOCIPLÁSTICA NA FIBROMIALGIA

Breve fundamentação do Modelo da Ocupação Humana (MOHO)

O Modelo da Ocupação Humana (MOHO), desenvolvido por Gary Kielhofner, é um dos referenciais teóricos mais consolidados da Terapia Ocupacional contemporânea. O modelo compreende o ser humano como um sistema aberto e dinâmico, no qual a ocupação emerge da interação entre volição (motivação, valores e interesses), habitação (hábitos e papéis), capacidade de desempenho (componentes físicos e mentais vivenciados subjetivamente) e o ambiente (físico, social, cultural e institucional) (Kielhofner, 2008; Kielhofner, 2009). No contexto da dor nociplástica, como na fibromialgia, o MOHO oferece uma lente clínica especialmente potente, pois permite compreender como a dor persistente reorganiza rotinas, papéis, crenças de autoeficácia e padrões ocupacionais, indo além de uma abordagem centrada apenas nos sintomas físicos (Nicholls & Gibson, 2010; Creek, 2014).

Caracterização do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 45 anos, diagnóstico médico de fibromialgia há 6 anos, com dor musculoesquelética difusa, fadiga persistente, sono não reparador e queixas cognitivas ("fibrofog"). Relata afastamento progressivo de atividades

significativas, redução da participação social, dificuldade para manter desempenho laboral e sentimentos de baixa autoeficácia frente à dor.

Na avaliação inicial baseada no MOHO, foram utilizados instrumentos padronizados e avaliação clínica observacional, incluindo a Occupational Self Assessment (OSA) para explorar percepção de competência e valor ocupacional, entrevista semiestruturada centrada em papéis e rotinas, e análise do desempenho ocupacional em atividades da vida diária e instrumental. Observou-se volição fragilizada, marcada por medo de piora da dor e crenças de incapacidade; ruptura de hábitos saudáveis previamente estabelecidos; limitação percebida da capacidade de desempenho, especialmente relacionada à fadiga e à atenção sustentada; e um ambiente pouco facilitador, com demandas ocupacionais rígidas e baixo suporte contextual.

A partir dessa análise, estabeleceu-se como diagnóstico ocupacional central a restrição da participação ocupacional associada à dor nociplástica, mediada por padrões de evitação, baixa autoeficácia e desorganização de hábitos, em interação com um ambiente pouco adaptado às necessidades funcionais da paciente.

Intervenções focadas na melhoria da participação ocupacional

As intervenções iniciais priorizaram a reconstrução da participação ocupacional, partindo das ocupações significativas para a paciente e alinhando-se aos componentes de volição e habitação do MOHO. Foram definidos como objetivos terapêuticos: (1) ampliar o engajamento em ocupações valorizadas, (2) reduzir comportamentos de evitação relacionados à dor e (3) fortalecer a percepção de controle e autonomia.

Utilizou-se educação em dor baseada em evidências para dor nociplástica, com ênfase na reconceptualização da dor como uma experiência modulável, dissociando intensidade de dano tecidual e reduzindo crenças catastróficas. Em paralelo, foi realizada identificação colaborativa de atividades valorizadas (ex.: autocuidado, lazer leve e participação familiar), com planejamento ocupacional graduado, flexível e negociado.

As estratégias terapêuticas incluíram definição de metas ocupacionais de curto prazo, uso de diários de atividades e dor, reforço positivo de experiências de sucesso e retomada progressiva de papéis sociais. A terapeuta ocupacional atuou no fortalecimento da volição, validando escolhas e promovendo tomada de decisão compartilhada. Como resultado, observou-se aumento progressivo da participação em atividades sociais e de lazer, redução do isolamento e melhora da percepção de qualidade de vida, mesmo na presença de dor.

Intervenções para melhora do desempenho ocupacional

Em um segundo momento, o foco terapêutico concentrou-se na performance ocupacional, considerando a capacidade de desempenho como vivenciada subjetivamente pela paciente. Os objetivos específicos incluíram melhorar a eficiência na execução de atividades instrumentais da vida diária, aumentar a tolerância ocupacional e reduzir a interferência da dor e da fadiga no desempenho.

Foram aplicadas estratégias de atividade graduada, pacing ocupacional e reorganização das tarefas diárias, respeitando flutuações de energia e dor. Técnicas de economia de esforço, pausas planejadas, fracionamento de tarefas e uso de rotinas estruturadas foram integradas às ocupações reais da paciente. Também foram incorporados exercícios funcionais de atenção, memória e planejamento durante atividades cotidianas, visando manejo das queixas cognitivas associadas à fibromialgia.

A intervenção evitou parâmetros exclusivamente biomédicos, valorizando a percepção de competência, consistência e satisfação com o desempenho. Ao longo do acompanhamento, a paciente apresentou melhora na execução das atividades instrumentais da vida diária, maior regularidade no desempenho laboral parcial e redução do medo do movimento e da evitação ocupacional. Foram aplicadas estratégias de atividade graduada, pacing ocupacional e reorganização das tarefas diárias, respeitando flutuações de energia e dor. Técnicas de economia de esforço, pausas planejadas e treino de atenção e memória funcional foram integradas às ocupações reais da paciente. A intervenção considerou a capacidade de desempenho de forma subjetiva, valorizando a percepção de competência e não apenas parâmetros biomédicos. Ao longo do acompanhamento, a paciente apresentou melhora na execução de atividades instrumentais da vida diária e maior consistência no desempenho laboral parcial, com redução do medo do movimento e da evitação ocupacional.

Adaptação ambiental e uso de órteses como moduladores da dor (alinhamento MOHO–CIF)

Complementarmente, foram implementadas adaptações ambientais e recursos de tecnologia assistiva, com o objetivo de reduzir demandas ocupacionais excessivas e facilitar o engajamento sustentado. Ajustes ergonômicos no ambiente doméstico e de trabalho incluíram reorganização do espaço, adequação de alturas e disposição de objetos de uso frequente, visando reduzir sobrecarga mecânica e estímulos estressores. No enquadramento da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), tais intervenções atuaram principalmente como fatores

ambientais facilitadores (e1), modulando o impacto das limitações funcionais no desempenho ocupacional (World Health Organization, 2001).

Durante a avaliação clínica, observou-se teste positivo para síndrome do túnel do carpo (STC), associado a parestesia, dor em território do nervo mediano e piora dos sintomas durante atividades repetitivas e de sustentação manual com piora noturna. Esse achado indicou a presença concomitante de um componente nociceptivo periférico, coexistente com a dor nociplástica da fibromialgia. Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a presença de síndrome do túnel do carpo associa-se a alterações das funções sensoriais e da dor (b280), caracterizadas por dor e parestesias, bem como a comprometimentos das funções neuromusculoesqueléticas, incluindo a mobilidade articular (b710), a estabilidade articular (b720) e a força muscular (b730). Essas alterações repercutem diretamente na execução de atividades manuais, especialmente no uso fino da mão (d440) e no uso funcional do membro superior (d445), impactando tarefas de autocuidado, trabalho e participação ocupacional. Esse enquadramento permite compreender como alterações corporais específicas se traduzem em limitações funcionais e restrições de participação no cotidiano da pessoa (World Health Organization, 2001).

A partir dessa análise integrada, foi indicada órtese funcional de punho em posição neutra, com o objetivo de reduzir a compressão do nervo mediano, minimizar microtraumas e favorecer condições biomecânicas mais eficientes durante o desempenho ocupacional. Evidências clínicas sustentam o uso de órteses de punho em posição neutra como estratégia conservadora eficaz na redução de sintomas da STC, especialmente em fases leves a moderadas (Page et al., 2012; O'Connor et al., 2012). Sob a perspectiva do MOHO, a órtese foi compreendida como um recurso ambiental facilitador, que atua positivamente sobre a capacidade de desempenho, ao reduzir interferências sensoriais e motoras que comprometem a execução das ocupações significativas (Kielhofner, 2008).

A prescrição da órtese estática de punho foi realizada de forma seletiva, orientada por tarefas e temporal, integrada à educação em dor e ao treino ativo. No domínio da CIF, o recurso contribuiu para a redução das restrições de atividade (d) e para a ampliação da participação (d9), enquanto, no MOHO, favoreceu o fortalecimento da volição, a retomada de hábitos ocupacionais e maior consistência no desempenho (Kielhofner, 2009).

A reavaliação periódica, baseada na percepção de competência da paciente, na observação do desempenho ocupacional e na diminuição da interferência dos sintomas nas atividades diárias, demonstrou melhora funcional, redução da dor e das parestesias e maior tolerância ocupacional. Assim, a órtese foi utilizada como estratégia transitória de suporte, articulando CIF e MOHO, e promovendo maior participação ocupacional e reorganização positiva da experiência de dor, visando

estabilização, redistribuição de carga e aumento da eficiência do movimento. Essas intervenções, alinhadas ao MOHO, não foram apresentadas como soluções passivas, mas como facilitadores do engajamento ocupacional. A paciente relatou redução da intensidade da dor durante e após as atividades, maior sensação de segurança e ampliação do repertório ocupacional, reforçando a interação positiva entre ambiente, desempenho e experiência de dor.

Considerações finais do estudo de caso

Este estudo de caso ilustra como a aplicação do MOHO na fibromialgia permite uma abordagem integrada e aprofundada da dor nociplástica, articulando diagnóstico ocupacional, avaliação estruturada, definição de objetivos terapêuticos e seleção de estratégias centradas na ocupação. A combinação de intervenções voltadas à participação, ao desempenho e à modificação ambiental mostrou-se eficaz não apenas na modulação da dor, mas também na reconstrução de papéis, rotinas e identidade ocupacional.

Os achados reforçam o papel central da Terapia Ocupacional no cuidado biopsicossocial de pessoas com dor crônica, destacando a relevância de modelos teóricos robustos, como o MOHO, para orientar intervenções clínicas baseadas em evidências e sensíveis à experiência vivida da dor.

CONCLUSÃO

A compreensão contemporânea da dor como uma experiência multidimensional, modulada por mecanismos neurofisiológicos, emocionais, cognitivos e contextuais, exige abordagens terapêuticas que transcendam modelos exclusivamente biomédicos. Ao longo deste capítulo, foram apresentados os principais fundamentos neurofisiológicos da dor aguda e crônica, destacando processos como transdução, transmissão, modulação, sensibilização e neuroplasticidade, bem como suas implicações diretas para a funcionalidade, a participação e o desempenho ocupacional.

A distinção entre dor nociceptiva, neuropática e nociplástica evidencia a complexidade dos mecanismos envolvidos na dor persistente e reforça a necessidade de intervenções individualizadas, centradas não apenas na redução da intensidade dolorosa, mas na reorganização funcional da vida cotidiana. Nesse sentido, a abordagem biopsicossocial consolida-se como um referencial indispensável para o manejo da dor crônica, ao reconhecer a interação dinâmica entre corpo, mente e ambiente.

A Terapia Ocupacional ocupa um lugar estratégico nesse cenário, uma vez que seus modelos de prática como o Modelo da Ocupação Humana, o Modelo Canadense

de Desempenho Ocupacional e Engajamento e o Modelo Pessoa–Ambiente–Ocupação, compartilham pressupostos centrais com a compreensão biopsicossocial da dor. Esses modelos permitem ao terapeuta ocupacional compreender como os mecanismos neurofisiológicos da dor se traduzem em alterações na volição, nos hábitos, na capacidade de desempenho e na participação ocupacional, orientando intervenções clínicas sensíveis à experiência vivida do sujeito.

O estudo de caso apresentado ilustra de forma concreta como a integração entre fundamentos neurofisiológicos, modelos teóricos da Terapia Ocupacional e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) possibilita uma abordagem clínica robusta, coerente e baseada em evidências. A articulação entre educação em dor, intervenções centradas na ocupação, estratégias de modulação ativa, adaptação ambiental e uso criterioso de órteses demonstrou potencial para promover reorganização funcional, ampliação da participação e melhora da qualidade de vida, mesmo na presença de dor persistente.

Por fim, reforça-se que o manejo eficaz da dor, especialmente em condições crônicas e nociplásticas, depende da capacidade dos profissionais de saúde de integrar conhecimento neurocientífico, modelos teóricos consistentes e práticas centradas na funcionalidade e na participação. Para a Terapia Ocupacional, essa integração não apenas qualifica a intervenção clínica, mas reafirma seu papel essencial no cuidado interdisciplinar da dor, contribuindo para a autonomia, o engajamento ocupacional e a reconstrução de trajetórias de vida significativas.

REFERÊNCIAS

- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Kuner, R., & Flor, H. (2016). Structural plasticity and reorganisation in chronic pain. *Nature reviews. Neuroscience*, 18(1), 20–30. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.162>
- Nijs, J., Malfliet, A., & Nishigami, T. (2023). Nociplastic pain and central sensitization in patients with chronic pain conditions: a terminology update for clinicians. *Brazilian journal of physical therapy*, 27(3), 100518. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2023.100518>
- Kovačević I, Pavić J, Filipović B, Ozimec Vulinec Š, Ilić B, Petek D. Integrated Approach to Chronic Pain—The Role of Psychosocial Factors and Multidisciplinary Treatment: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2024; 21(9):1135. <https://doi.org/10.3390/ijerph21091135>
- Bułdyś, K., Górnicki, T., Kałka, D., Szuster, E., Biernikiewicz, M., Markuszewski, L., &

Sobieszkańska, M. (2023). What Do We Know about Nociceptive Pain?. Healthcare (Basel, Switzerland), 11(12), 1794. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121794>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000193>

Kielhofner, G. (2008). Model of Human Occupation: Theory and Application (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2009). Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Nelson, D. L., & Duncan, E. A. (2001). The Model of Human Occupation: A Conceptual Framework for Occupational Therapy In M. A. Sternbach & P. W. Reilly (Eds.), Foundations of Occupational Therapy: Life Course and Disability (pp. 171–190). Rockville, MD: American Occupational Therapy Association.

Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2011). The Role of Occupational Therapy in the Management of Pain: Using the Model of Human Occupation. In Pain Management: A Practical Guide for Clinicians (pp. 213–228). New York: Springer.

Taylor, R. R. (2008). The Intentional Relationship: Occupational Therapy and the Use of Self. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Bonder, B. R., & Martin, L. (2006). Functional Performance and Rehabilitation: A Model-Based Approach to Occupational Therapy. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.

World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO; 2001.

Page MJ, O'Connor D, Pitt V, Massy-Westropp N. Exercise and mobilisation interventions for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(6):CD009899.

O'Connor D, Marshall S, Massy-Westropp N. Non-surgical treatment (other than steroid injection) for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(1):CD003219.

Nicholls DA, Gibson BE. The body and physiotherapy. *Physiother Theory Pract*. 2010;26(8):497–509.

Creek J. *Occupational Therapy and Mental Health*. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2014.



CAPÍTULO 10

AUTOEFICÁCIA E PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93525241010>

Lucas Lima Chaves

Maria Suely Alves Costa

A violência sexual contra crianças e adolescentes permanece como uma grave questão de saúde pública no Brasil, com tendência persistente de alta notificação ao longo dos últimos anos. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2024), foram registradas, entre 2015 e 2021, mais de 80 mil notificações de violência sexual envolvendo apenas crianças de 0 a 9 anos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Isso aponta para um cenário que combina processos de vulnerabilidade, subnotificação e violação de direitos. Os dados mostram maior incidência entre meninas e apontam que o agressor, em grande parte dos casos, é alguém conhecido e com vínculo familiar com a vítima, evidenciando que a violência sexual raramente ocorre em contextos externos ou anônimos.

Segundo a Lei 13.431/2017, a violência sexual contra crianças e adolescentes compreende qualquer ação que os obrigue a participar ou presenciar atos de natureza sexual, inclusive situações de exposição ou interação mediada por dispositivos digitais (Brasil, 2017). A legislação também organiza essa forma de violência em categorias jurídicas, como abuso sexual, exploração sexual comercial e tráfico de pessoas, todas incluídas no escopo da violência sexual infantil (VSI).

A violência sexual infantil é fortemente influenciada por fatores sociais, como desigualdades de gênero e dinâmicas de violência (Araujo et al., 2019; Platt et al., 2018). Esse cenário tornou-se ainda mais complexo durante a pandemia de COVID-19, período em que importantes elos de proteção, como escolas, creches e serviços de saúde, tiveram sua atuação limitada pelas medidas sanitárias (Pantoja et al., 2022), repercussões que ainda podem ser observadas na atualidade (Alves Da Rocha et al., 2023). Nesse contexto, em 2021 o Governo Federal lançou uma

cartilha destinada a esclarecer equívocos frequentes sobre o tema e a oferecer orientações sobre acolhimento e encaminhamento em situações concretas, com especial atenção ao papel dos profissionais responsáveis pelo atendimento inicial (Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos., 2021).

A VSI está associada a múltiplos prejuízos pessoais, sociais e econômicos: sobreviventes tendem a apresentar menor escolaridade e maiores indicadores de sofrimento psíquico (Henkhaus, 2022) além de alterações psicobiológicas, como mudanças nos níveis de cortisol observadas em vítimas com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Lo Iacono; Trentini; Carola, 2021). Esses impactos atravessam o desenvolvimento psicológico de forma profunda e tornam a violência sexual infantil um grave problema de saúde pública.

Ao reconhecer que as políticas públicas não são formuladas de maneira neutra, torna-se fundamental promover uma discussão ampla sobre os interesses, ideias e instituições que sustentam a implementação dos serviços no campo prático (Jannuzzi, 2022). Por outro lado, conscientes dos objetivos que políticas e servidores traçam com relação a VSI, devemos reconhecer o fator humano associado a esses serviços. Em outras palavras, para que políticas de combate a violência sexual sejam mais eficazes, precisamos estar atentos ao contexto em que o profissional que faz o acolhimento está inserido.

Sabe-se de longa data que contextos profissionais de alta exigência, caracterizados pela necessidade de realizar múltiplas tarefas simultaneamente, por condições de trabalho desfavoráveis e pela desvalorização social da função, tendem a elevar a carga cognitiva associada ao desempenho laboral (Chen et al., 2016). Essa sobrecarga torna-se ainda mais crítica quando se trata de profissionais responsáveis pelo acolhimento de sobreviventes de violência sexual, dado o intenso teor emocional que permeia essas situações. Nessas condições, torna-se mais difícil sustentar sentimentos de competência e segurança profissional, o que pode afetar tanto a qualidade do acolhimento quanto a condução adequada dos encaminhamentos necessários.

Além disso, não havendo um treinamento adequado e suporte institucional, é esperado que esses profissionais sofram com a redução da sua percepção de eficácia afetando-os ainda mais em seus desempenhos, gerando um ciclo com repercussões tanto para quem precisa utilizar o serviço quanto para o próprio servidor encarregado de atuar no dispositivo (Bandura, 1997). Portanto, analisar as crenças de eficácia desses profissionais possibilita acessar indicadores relevantes sobre o treinamento e o suporte técnico oferecido pela instituição, além de funcionar como uma medida indireta do desempenho nos atendimentos de violência sexual infantil.

Para discutir esse tema, foi realizada uma pesquisa bibliográfica incluindo artigos científicos, boletins epidemiológicos, legislações e documentos oficiais.

Dado o caráter teórico para a construção de um argumento sobre o tema, foram consultadas publicações referências sobre o tema da autoeficácia e da violência sexual infantil. Sobre as legislações e materiais governamentais analisados, todos foram produzidos no Brasil.

EFICÁCIA ENQUANTO MEDIDA

A Teoria Social Cognitiva sustenta que as pessoas não são meros reflexos das condições ambientais, mas agentes que atuam de forma ativa sobre o ambiente em que vivem (Bandura; Azzi, 2021). Nesse modelo, distinguem-se três classes de fatores que interagem de forma recíproca: os fatores pessoais, o comportamento e o ambiente (Bandura, 1997). Os fatores pessoais englobam aspectos cognitivos, afetivos e biológicos, incluindo processos emocionais, mecanismos de autorregulação e pensamentos autoavaliativos. O comportamento corresponde às ações observáveis do indivíduo, persistência e esforço (Schunk; DiBenedetto, 2020). Por fim, o ambiente compreende tanto o contexto físico imediato quanto o ambiente social e cultural mais amplo. Dessa forma, esses três elementos interagem continuamente, estabelecendo um sistema de determinação recíproca, em que o comportamento humano é simultaneamente causa e consequência de influências pessoais e ambientais.

Dentre os fatores pessoais, destaca-se as crenças de eficácia. Para a Teoria Social Cognitiva (TSC), as crenças de eficácia são um padrão de pensamentos autorreferentes relativos à capacidade de realizar uma tarefa ou agir em um determinado contexto (Bandura, 1997). Portanto, podem ser divididas em dois grupos maiores, as crenças de eficácia pessoal (autoeficácia) e as crenças de eficácia de grupo (eficácia coletiva).

As pessoas diferem no quanto se percebem capazes de realizar certas tarefas em contextos específicos. Um jogador de futebol profissional, por exemplo, tende a avaliar que possui condições de atuar em uma equipe de alto desempenho e enfrentar adversários igualmente qualificados. Já um jogador amador, embora possa ter boas habilidades, geralmente não se percebe tão eficaz nesse nível competitivo. Essas percepções atuam dentro de processos cognitivos que regulam a motivação e o comportamento, influenciando o esforço e a persistência da pessoa diante dos desafios que surgem (Bandura, 1997).

Por outro lado, a percepção dos indivíduos inseridos em um determinado grupo sobre a capacidade desse grupo de lidar com desafios é entendida como eficácia coletiva (Bandura; Azzi, 2021). Embora seja formada a partir das percepções individuais de cada membro, a eficácia coletiva não corresponde à soma das crenças de autoeficácia individuais. Trata-se de uma crença compartilhada sobre o desempenho do grupo enquanto unidade. Em outras palavras, a eficácia de um time de futebol não se define pela percepção que cada jogador tem sobre si mesmo, mas pela percepção que têm sobre a equipe enquanto agente coletivo.

AUTOEFICÁCIA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL

Em muitos casos, o primeiro contato de vítimas de violência sexual ocorre na Atenção Primária à saúde tendo em vista sua ampla presença e descentralização no território nacional (Setti et al., 2022). Por meio de manuais e normas técnicas advindas do governo federal, os profissionais devem ser capacitados para fazer o acolhimento, avaliar situações de risco e realizar os encaminhamentos pertinentes. No entanto, o acolhimento ainda apresenta fragilidades significativas, expressas tanto na baixa capacitação técnica dos profissionais quanto na falta de atuação em rede, fatores que frequentemente resultam na revitimização de vítimas de violência sexual infantil (Amaral et al., 2013; Setti et al., 2022).

No cotidiano dos serviços de saúde, profissionais que recebem crianças vítimas de violência sexual lidam com demandas complexas envolvendo sofrimento psíquico intenso, tomada de decisão rápida, riscos de revitimização e articulação com diferentes setores da rede de proteção. A formação incipiente dos profissionais, aliada à ausência de procedimentos claros sobre a conduta a ser adotada, impacta diretamente a percepção de autoeficácia no contexto do atendimento (Schunk; DiBenedetto, 2020).

Logo, uma baixa autoeficácia apresenta algumas consequências que são nocivas para toda a rede de proteção e à vítima. Dificuldades de identificar potenciais casos, acolhimentos não adequados e falhas no encaminhamento gera um prejuízo direto para as vítimas. O abuso perpetrado repetidas vezes gera consequências que irão marcar negativamente a vida das sobreviventes da agressão (Murray; Nguyen; Cohen, 2014).

Por outro lado, limitações na percepção de autoeficácia aumentam a vulnerabilidade ao estresse ocupacional, contribuem para dificuldades emocionais e reduzem a motivação, resultando em desempenho abaixo do esperado. Esses fatores, em conjunto, repercutem em custos econômicos para o Estado, seja por absenteísmo, rotatividade de profissionais ou necessidade de retrabalho na rede de proteção.

De acordo com a Teoria Social Cognitiva, metas claras e específicas são fundamentais para orientar a autorregulação e favorecer a percepção de autoeficácia (Bandura, 1997). A ausência de objetivos bem definidos dificulta que profissionais avaliem seu próprio progresso e reconheçam o desenvolvimento de suas competências em serviço. Por essa razão, é importante que as metas de atendimento sejam formuladas de maneira objetiva e operacional, evitando expressões vagas e abstratas, como “realizar um bom acolhimento” (Schunk; DiBenedetto, 2020).

POR QUE AVALIAR A AUTOEFICÁCIA DE PROFISSIONAIS QUE ATENDEM VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL?

Como discutido anteriormente, o acolhimento de crianças vítimas de violência sexual exige a mobilização de recursos institucionais e de competências pessoais para que os objetivos do atendimento possam ser alcançados. Porém, fazer uma avaliação das políticas públicas envolve procedimentos que muitas vezes têm uma carga subjetiva considerável (Bandura, 1997). Em outras palavras, é difícil determinar quais são os critérios objetivos para se afirmar que determinado plano de ação política teve uma eficácia adequada, tendo em vista a necessidade de uma avaliação contextual.

Para a avaliação da autoeficácia é importante levar em consideração o aspecto contextual do construto. Isso significa reconhecer que a autoeficácia depende do contexto específico na qual está sendo avaliada (Bandura, 2006). Na prática, os desafios que envolvem uma avaliação primária dependerão da área de atuação em que o profissional está lotado. Isso pressupõe a compreensão que os desafios no campo da saúde são diferentes daqueles do campo da assistência social.

No entanto, a ausência de procedimentos suficientemente claros para orientar esse trabalho (Setti et al., 2022) exige que os desafios sejam compreendidos à luz dessa limitação. A construção de um instrumento de autoeficácia para profissionais que fazem o acolhimento de crianças vítimas de violência sexual nos permitirá conhecer mais a fundo questões relativas ao preparo técnico, à motivação e à segurança percebida para conduzir decisões complexas no contexto do atendimento. Além disso, poderá revelar lacunas específicas na atuação, identificar dimensões do trabalho que geram insegurança e contribuir para o planejamento de ações formativas mais precisas e alinhadas às demandas reais dos serviços.

Por fim, o desenvolvimento dessa medida oferece subsídios importantes para o aprimoramento de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência sexual infantil. À medida que avançarmos na construção de protocolos claros e redes articuladas, será possível mensurar o efeito dessas mudanças sobre a segurança, a preparação técnica e a atuação dos profissionais diretamente envolvidos no acolhimento.

POLÍTICAS DE INTERVENÇÃO NA AUTOEFICÁCIA NOS PROFISSIONAIS DO ACOLHIMENTO DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

O cotidiano profissional de profissionais que fazem o acolhimento de crianças vítimas de violência sexual envolve uma alta demanda emocional, técnica e institucional, muitas vezes extrapolando as exigências iniciais desses trabalhadores.

Nesse contexto, as crenças de autoeficácia apresentam-se como fundamentais ao influenciar como os profissionais avaliam suas capacidades de enfrentar situações sensíveis, persistem mesmo diante de obstáculos e mobilizam diversas estratégias de enfrentamento diante do sofrimento alheio (Bandura, 1997).

Para entendermos de que maneira a autoeficácia pode ser alvo de políticas públicas visando a um melhor atendimento, precisamos recorrer mais uma vez à teoria social cognitiva (TSC) e os achados na literatura sobre os seus determinantes. Segundo a TSC, existem quatro formas típicas de mudança de autoeficácia: experiências de domínio ativo, experiência vicária, persuasão verbal e os estados fisiológicos e afetivos (Bandura, 1997). Cada uma delas apresenta suas particularidades no contexto que analisamos e serão discutidas com mais detalhes a seguir.

As experiências de domínio ativo são as principais formas de se alterar a percepção de autoeficácia (Usher; Pajares, 2008). Experiências passadas em que uma pessoa apresentou um desempenho adequado é a melhor forma de induzir um maior senso de eficácia. No entanto, é importante perceber que nem todas as experiências de sucesso influenciam da mesma forma. Como exemplo, apresentar um bom desempenho em atividades consideradas fáceis, onde pouca habilidade é requerida tem um impacto pequeno na percepção de domínio da tarefa, ao passo que executar uma atividade de forma proficiente mesmo quando toda a situação se mostrava desfavorável, tem uma repercussão bem maior.

Um outro ponto importante com relação às experiências de domínio ativo diz respeito à objetividade dos critérios de avaliação. É difícil avaliar o nosso próprio desempenho quando esses critérios são dados de forma abstrata (Bandura, 1997; Bandura; Azzi, 2021; Usher; Pajares, 2008). A TSC defende que sempre que possível, os critérios de avaliação bem como o que é exigido de uma pessoa durante uma atividade, devem ser estabelecidos de forma clara e concisa. Logo, ao pensarmos em intervenções com profissionais via treinamentos devemos estabelecer critérios de avaliação objetivos a serem expressos antecipadamente. Ainda nesse caminho, é importante que passemos a discutir a possibilidade da criação de um documento/ cartilha unificado que simplifique a consulta dos profissionais.

No entanto, muitas das nossas performances se dão em contexto social onde os critérios de avaliação são estabelecidos de forma irregular e tacitamente. Nesse contexto, presumimos muitas vezes o nosso desempenho a partir da comparação com outras pessoas. A TSC prevê então o aprendizado vicário como uma forma de aprender por meio da observação. O impacto do modelo nas crenças de eficácia depende de diversos fatores, mas podemos apontar que pessoas “similares”, ou seja, pessoas que compartilham características em comum conosco, tendem a gerar um efeito mais robusto. Por conta disso, é recomendável que no processo de

treinamento, os profissionais contam com um modelo de referência ao qual deve ser apresentado diversos desafios inerentes à função onde ele deverá mostrar a melhor solução. Essas ações formativas devem basear-se nos princípios da previsibilidade e controlabilidade (Bandura, 1997). No primeiro, os modelos devem engajar-se em situações temidas para guiar o aprendizado diante de situações desafiantes. No segundo, o modelo deverá fornecer diversas estratégias altamente efetivas para lidar com as diversas situações que possam surgir na função.

Por fim, os dois últimos processos são a persuasão verbal e os estados fisiológicos e afetivos. O primeiro diz respeito a influência que elogios, *feedbacks* e avaliações verbais têm nas nossas crenças de eficácia. O segundo aponta o papel que afetos e processos psicofisiológicos têm na nossa avaliação do contexto. Uma alta excitação fisiológica, experienciada como ansiedade, pode levar a cognições como “não sou capaz de realizar essa tarefa” ou “não sei o que estou fazendo”. Como discutido anteriormente, o contexto de escuta na VSI é marcado por emoções negativas e intensas. Todo treinamento que vise uma melhor performance deve atentar-se para o treino em habilidades de regulação emocional e previsibilidade de situações de estresse intenso. Todavia, é importante ressaltar que, enquanto níveis elevados de ansiedade no momento de desempenhar uma atividade tendem a comprometer a atuação, níveis excessivamente baixos podem reduzir o engajamento e favorecer a desmotivação.

CONCLUSÃO

Apesar de ser um problema historicamente marcante na sociedade brasileira, muitos avanços ainda precisam ser realizados na luta contra a VSI. O enfrentamento desse tipo de violência passa obrigatoriamente pelo treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais que fazem o acolhimento inicial. Diversos cuidados devem ser tomados durante essa escuta qualificada, como evitar fazer perguntas contendo situações que ainda não foram expostas pela criança sob o risco de influenciar o depoimento (Joaquim, 2021).

A Teoria Social Cognitiva é clara sobre a importância de estabelecermos critérios claros e objetivos para a conduta dos profissionais nesse cenário. No entanto, o que percebemos são diversos órgãos públicos vinculados aos três poderes do Estado e ao Ministério Público produzindo seus documentos norteadores de forma fragmentada, gerando confusão na interpretação, na aplicação das diretrizes e na atuação dos profissionais da rede. Soma-se a isso a pouca clareza sobre a conduta que profissionais devem tomar diante desses casos, ou seja, o papel do psicólogo, do assistente social e do enfermeiro, profissionais que muitas vezes estão na linha de frente nessas situações, não é bem estabelecido e dividido.

Em certa medida, avaliar a autoeficácia desses profissionais pode nos fornecer indícios importantes sobre como eles percebem suas próprias capacidades para lidar com as demandas técnicas, emocionais e institucionais do trabalho cotidiano. Esses indicadores permitem identificar áreas específicas de maior fragilidade ou fortalecimento, orientando os operadores de políticas públicas quanto aos aspectos que devem ser priorizados em ações de formação, supervisão, suporte institucional e organização da rede de atendimento. Dessa forma, a avaliação da autoeficácia não se limita a um diagnóstico individual, mas constitui um recurso estratégico para o aprimoramento das práticas profissionais e para o fortalecimento das políticas públicas, contribuindo para uma atuação mais integrada, segura e eficaz na proteção de crianças e adolescentes em situação de violência.

O combate à violência sexual infantil passa, obrigatoriamente, por um acolhimento humanizado e empático, mas também técnico e profissional. Falhas no reconhecimento de situações potenciais de abuso podem acarretar inúmeros prejuízos ao desenvolvimento de crianças e adolescentes. Ademais, em nível populacional, tais falhas contribuem para um grave rompimento do tecido social, ao perpetuar ciclos de violência, desproteção e violação de direitos.

REFERÊNCIAS

ALVES DA ROCHA, Renata Cristina *et al.* Infâncias violadas e as vulnerabilidades na violência sexual infantil: uma revisão integrativa. **DESIDADES - Revista Científica da Infância, Adolescência e Juventude**, n. 34, 31 mar. 2023.

AMARAL, Luciana Vilma Oliveira Quintino *et al.* SIGNIFICADO DO CUIDADO ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4, p. 146–152, 2013.

ARAUJO, Gabriela De *et al.* DETERMINANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL NO ESTADO DO PARANÁ - BRASIL. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 20, n. 2, p. 42–54, 2 dez. 2019.

BANDURA, Albert. **Self efficacy: the exercise of control**. New York: W. H. Freeman, 1997.

BANDURA, Albert. Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. *In*: PAJARES, Frank; URDAM, Tim (Eds.). **Self-Efficacy Beliefs of Adolescents**. Greenwich: Information Age Publishing, 2006. p. 307–337.

BANDURA, Albert; AZZI, Roberta Gurgel (ORGS.). **Teoria social cognitiva: diversos enfoques**. [S.l.]: Mercado de Letras, 2021.

BRASIL. Lei Nº 13.431, de 4 de abril de 2017. . 2017.

CHEN, Fang *et al.* **Robust Multimodal Cognitive Load Measurement**. Cham s.l: Springer International Publishing Imprint: Springer, 2016.

HENKHAUS, Laura E. The lasting consequences of childhood sexual abuse on human capital and economic well-being. **Health Economics**, v. 31, n. 9, p. 1954–1972, set. 2022.

JANNUZZI, Paulo de Martino. A importância do contexto institucional, político e ideacional na avaliação de políticas públicas. **A importância do contexto institucional, político e ideacional na avaliação de políticas públicas**, v. 11, n. 2, p. 1–12, 1 ago. 2022.

JOAQUIM, Rui Mateus (ORG.). **Neuropsicologia forense e detecção de mentiras: enfrentando os crimes contra a administração da justiça**. [S.l.]: Pearson Education, 2021.

LO IACONO, Luisa; TRENTINI, Cristina; CAROLA, Valeria. Psychobiological Consequences of Childhood Sexual Abuse: Current Knowledge and Clinical Implications. **Frontiers in Neuroscience**, v. 15, p. 771511, 2 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS., Brasil. **Abuso sexual contra crianças E adolescentes – abordagem de casos concretos em uma perspectiva multidisciplinar e interinstitucional**. Brasília, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/CartilhaMaiolaranja2021.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2025

MURRAY, Laura K.; NGUYEN, Amanda; COHEN, Judith A. Child Sexual Abuse. **Child and adolescent psychiatric clinics of North America**, v. 23, n. 2, p. 321–337, abr. 2014.

PANTOJA, Jessica Corrêa *et al.* Agravamento dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: Uma revisão sistemática de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e511111436316–e511111436316, 4 nov. 2022.

PLATT, Vanessa Borges *et al.* Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1019–1031, abr. 2018.

SCHUNK, Dale H.; DIBENEDETTO, Maria K. Motivation and social cognitive theory. **Contemporary Educational Psychology**, v. 60, p. 101832, 1 jan. 2020.

SETTI, Sandra Mara *et al.* Atuação da Estratégia Saúde da Família em Casos de Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 105–124, jan. 2022.

USHER, Ellen L.; PAJARES, Frank. Sources of Self-Efficacy in School: Critical Review of the Literature and Future Directions. **Review of Educational Research**, v. 78, n. 4, p. 751–796, 1 dez. 2008.



C A P Í T U L O 11

Segurança comportamental no ambiente de trabalho: uma revisão bibliográfica

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93525241011>

Myrela Vieira de Araújo

Universidade Estadual do Maranhão
Centro de Ciências Tecnológicas

Sarah Nina de Miranda

Universidade Federal do Maranhão
Centro de Ciências Exatas e Tecnologias

RESUMO: O objetivo deste trabalho é apresentar a segurança comportamental no ambiente de trabalho, expondo um conjunto de abordagens que utilizam para atuar sobre os comportamentos dos trabalhadores, dos grupos e da própria organização, capazes de prevenir acidentes do trabalho. Para este estudo, foi utilizado quanto aos fins uma pesquisa qualitativa e exploratória, e quanto aos meios, uma pesquisa bibliográfica. As competências preventivas apresentadas para os acidentes de trabalho são criar uma cultura de segurança no local de trabalho que requer uma abordagem de equipe e uma atitude proativa dos colaboradores; aplicação da psicologia comportamental através do Behavior Based Safety; execução da Política de Saúde e Segurança do Trabalho e Método ABC.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança comportamental. Trabalho. Acidente.

Behavioral safety in the workplace: a literature review

ABSTRACT: The objective of this work is to present behavioral safety in the workplace, exposing a set of approaches that are used to act on the behaviors of workers, groups and the organization itself, capable of preventing workplace accidents. For this study, qualitative and exploratory research was used for purposes, and bibliographical research for means. The preventive skills presented for workplace accidents are

creating a culture of safety in the workplace that requires a team approach and a proactive attitude from employees; application of behavioral psychology through Behavior Based Safety; implementation of the Occupational Health and Safety Policy and ABC Method.

KEYWORDS: Behavioral safety. Work. Accident.

INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta índices preocupantes no que se refere à prevalência de acidentes do trabalho (Costa et al., 2013). Segundo Campos (2006), na literatura técnica, constata-se referências a acidentes como eventos de causas remotas e desconhecidas, acontecimentos não planejados, não previstos, ocorrências não intencionais. Há também referências de que, no imaginário de trabalhadores, os acidentes são considerados como consequências de falta de sorte, de azar ou, ainda, de descuidos das próprias vítimas.

De acordo com França (2010), fatores capazes de desencadear acidentes do trabalho encontram-se presentes na situação de trabalho muito tempo antes de ocorrer. Dessa forma, tratam-se de fenômenos previsíveis, embora não seja possível prever exatamente quando ocorrerão e qual ou quais trabalhadores serão atingidos. E, sobretudo, podem ser prevenidos por meio de neutralização ou de eliminação dos fatores capazes de desencadear-los (LIMA, 2013). Em empresas de segmentos da indústria, nota-se que existem situações em que os trabalhadores utilizam os EPIs e dispositivos de trabalho necessários a realização da atividade, conforme método planejado no processo da empresa, mas diante dessa situação de trabalho normal, apresenta-se no quadro acontecimentos de incidentes e acidentes de trabalho (SIMIONI; PATROCÍNIO, 2015).

Segundo Spector (2003), ao analisar os vários aspectos referente ao acidente do trabalho, percebe-se que o enfoque psicológico aparece como um dos maiores fatores para que estes ocorram. Os comportamentos inseguros e indesejáveis, bem como a percepção dos trabalhadores sobre os riscos existentes no ambiente de trabalho, têm grande influência na ocorrência de acidentes de trabalho. Se o objetivo é diminuir a sinistralidade laboral, é fundamental investir no desenvolvimento de comportamentos de segurança (PACHECO, 2012).

A segurança comportamental refere-se à aplicação dos conhecimentos de diversas áreas que estudam o comportamento humano como a psicologia, ergonomia, pedagogia, higiene e segurança do trabalho. Esta segurança comportamental tem como objetivo, compreender, mudar, manter padrões de comportamento nas organizações, com o objetivo de torná-los capazes de prevenir acidentes de trabalho (SIMIONI; PATROCÍNIO, 2015).

Dessa forma, a presente pesquisa propõe apresentar uma revisão bibliográfica sobre a segurança comportamental no ambiente de trabalho e expor um conjunto de abordagens que utilizam para atuar sobre os comportamentos dos trabalhadores, dos grupos e da própria organização capazes de prevenir acidentes do trabalho. Para elucidar o objetivo da pesquisa, utilizou-se como recurso metodológico, a pesquisa bibliográfica, realizada por meio de materiais já publicados na literatura e artigos científicos divulgados no meio eletrônico.

DESENVOLVIMENTO

Acidentes de Trabalho

Segundo o Ministério Público do Trabalho (2021), o Brasil é um dos países com maior número de mortes e acidentes de trabalho no mundo, com uma crescente de 30% de 2020 para 2021. Os principais motivos de afastamentos são lesões graves, como fraturas, amputações, ferimentos, traumatismos e luxações (MATHIAS, 2019). Simonelli (2016) afirma este cenário no Brasil é reforçado devido algumas situações, como: a atuação das instituições de defesa dos trabalhadores que é insuficiente, a atuação limitada dos departamentos de segurança das empresas, e principalmente aos comportamentos inseguros.

O conceito legal de acidente de trabalho, conforme o Artigo 19º da lei 8.213/91 da Legislação Previdenciária:

Acidente do trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, ou perda, ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho (Legislação Previdenciária, 1991).

Este conceito tem o objetivo de apontar o acidente para instituições governamentais. Com isso, omite uma perspectiva do meio ambiente e de perdas materiais (JUNIOR, 2011). Ainda de acordo com o conceito prevencionista, relatado no manual de prevenção de Acidentes para componentes da CIPA, transmitido pelo SENAI:

O acidente de trabalho é qualquer ocorrência não programada, inesperada, que interfere ou interrompe o processo normal de uma atividade, trazendo, como consequência, isolada ou simultaneamente, danos materiais e lesões ao homem (Manual da CIPA – SENAI, 2006).

O acidente de trabalho não é visto apenas como resultante de uma lesão visível ao trabalhador, pois existem doenças profissionais e do trabalho que afetam tardiamente a saúde do trabalhador, as quais podem surgir em consequência das condições inseguras oferecidas pelo empregador no ambiente laboral e pelo ato inseguro provocado pelo empregado quando este tem conhecimento das normas de segurança (LIMA, 2013). Scaldelai et al. (2009) conceitua:

O acidente de trabalho é todo aquele resultante do exercício do trabalho, isto é, cuja ocorrência se verifique na execução do trabalho ou enquanto o empregado é considerado no seu desempenho, ainda que, em certos casos, fora do respectivo lugar e horário.

Scaldelai et al. (2009) ressalta também o conceito de acidente de trabalho sob a ótica prevencionista, definido como qualquer ocorrência que interfere no andamento normal do trabalho, pois não é apenas o homem que está envolvido no trabalho, também estão presentes os fatores de produção, como máquinas, ferramentas, equipamentos e tempo.

No Brasil, as empresas que empregam trabalhadores de acordo com as regras preconizadas na Consolidação das Leis do Trabalho adotam definição jurídica de acidente do trabalho constante na legislação previdenciária: “aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho” (LIMA, 2013). Dessa forma, ocorrido um acidente em que a vítima é vinculada ao seguro de acidente do trabalho, o Departamento de Pessoal da empresa emite Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), encaminhada à Previdência Social, com cópia para outros organismos públicos. Além disso, por força de obrigações definidas na legislação trabalhista vigente, setores da empresa procedem à investigação do acidente (LIMA, 2013).

A NBR 14280 (2023) segue conceito análogo à da legislação, apesar de especificar também a eventos sem vítimas: “Acidente de trabalho é a ocorrência imprevista e indesejável, instantânea ou não, relacionada com o exercício do trabalho, que provoca lesão pessoal ou de que decorre risco próximo ou remoto dessa lesão”.

De acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego (2015) através de dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), 2,34 milhões de pessoas morrem a cada ano em acidentes de trabalho e os custos estimados em termos globais sucederam 2,8 trilhões de dólares. No Brasil, em 2013, foram registrados mais de 715 mil casos, número que se estima ser muito maior devido subnotificação, colocando o Brasil na 4ª posição no ranking mundial (MATTIAZZO, 2016).

Uma das principais limitações da abordagem tradicional sobre os acidentes de trabalho é a sua consideração sobre a exposição do ser humano apenas a perigos concretos e visíveis que causam danos ao corpo como os acidentes com cortes, quedas, torções nos pés, pancadas na cabeça, entre outros (GARRIGOU et al., 2007). São ignorados os riscos não visíveis como a sobrecarga gerada pelo tratamento de informações, excesso de responsabilidades, ritmo intenso de trabalho, formas de supervisão, remuneração inadequada, horas extras abusivas, entre outras. A representação do ser humano e do perigo tem uma limitação por considerar somente

os agravos à saúde relativos à integridade física, tanto as doenças profissionais como os acidentes, e são subestimadas ou até mesmo ignoradas as dimensões cognitivas inerentes a todo trabalho (SOARES; FILHO, 2015).

Heinrich (1931) aponta uma Teoria dos dominós, definindo o acidente como causado por alguma coisa anterior ao acidente em si. Segundo o autor, onde há pessoas, o acidente poderá ocorrer, sendo ele nunca por acaso. Sua causa pode ser explicada porque o homem não é devidamente preparado, comete muitos atos inseguros ou existem condições inseguras que comprometem sua segurança. Dessa forma, o autor apresenta o acidente como resultado de uma sequência linear de eventos que podem ser comparados com cinco pedras enfileiradas de um jogo de dominós em pé, sendo elas o ambiente social, (questões relacionadas à personalidade do trabalhador), causa pessoal (falha humana durante a realização do trabalho), ato inseguro – condição insegura (causa mecânica), acidente e lesão (SOARES; FILHO, 2015).

A visão contemporânea dos acidentes retira o foco do trabalhador enquanto culpado pelo acidente e engloba o sistema no qual ele está inserido. A partir dessa visão sistêmica, é considerado que, em um processo produtivo, há variações humanas e também na produção requerendo regulações constantes por parte do trabalhador. O trabalho é visto como um conjunto de aspectos materiais, organizacionais e subjetivos. Nesse contexto, o trabalhador está sempre fazendo prevenção a partir de modificações em seus comportamentos cotidianos para enfrentar os desafios das situações laborais. Nessa perspectiva, o acidente deixa de ser considerado apenas como erro humano, isto é, centrado nas demandas cognitivas, perceptuais e fisiológicas dos trabalhadores para ser considerado um evento inserido em um sistema (SOARES; FILHO, 2015).

Segurança Comportamental

Trabalhar com pessoas é administrar e conviver com emoções e comportamentos conscientes e inconscientes, sujeitos às mais diversas influências internas e externas. Esta consideração tem o propósito de identificar e compreender como a dinâmica deste meio pode conduzir a pessoa a um acidente (ANTUNES, 2018). Os fatores emocionais são presentes no ambiente de trabalho, seja por questões adversas ou preocupações que desvie a atenção do colaborador no momento de executar a tarefa, contribuindo para um comportamento inseguro sem ao menos perceber (DINIZ, 2022).

Segundo Robbins (2002), as atitudes dos colaboradores têm três componentes que afetam o comportamento no trabalho, um cognitivo, ligado à convicção, um afetivo, ligado à emoção e um comportamental, ligado a alguém ou a alguma

coisa. Sendo assim, o comportamento humano está baseado em componentes predefinidos que por sua vez podem favorecer a investigação de acidentes, buscado identificar a causa raiz. Ao culpar os trabalhadores pelos acidentes que sofrem, se faz necessário o uso da segurança comportamental, que serve para proteger as empresas e profissionais dos ônus, tanto financeiros quanto jurídicos, provocados pelos acidentes, uma vez que a responsabilidade é transferida aos próprios trabalhadores (SIMONELLI et al., 2016).

Profissionais do campo da segurança, empresas de prestação de serviços e grandes corporações brasileiras têm utilizado o termo segurança comportamental para referir-se ao conjunto de estratégias que utilizam para atuar sobre os comportamentos dos trabalhadores, dos grupos e da própria organização, com o objetivo de torná-los capazes de prevenir acidentes de trabalho (JÚNIOR, 2011). A questão da segurança comportamental está relacionada à “o que e como fazer para que as pessoas se cuidem enquanto trabalham”. Ela se refere à aplicação dos conhecimentos científicos da Psicologia Comportamental na segurança do trabalho, com foco nos comportamentos observáveis, enfatizando o comportamento seguro e não a punição ao trabalhador que agiu de forma insegura (SOARES; FILHO, 2015).

A segurança comportamental é a abordagem multidisciplinar que visa estudar as ações humanas a partir da análise da capacidade dos indivíduos ou grupos para identificarem os perigos e controlarem os riscos existentes em um dado local e contexto, atuando através de um conjunto de modelos, métodos, técnicas e ferramentas que visam motivar atos seguros, de forma a eliminar ou reduzir a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis para as pessoas e sociedade (DUARTE, 2020). Para Simioni e Patrocínio (2015), a segurança comportamental tem como objetivo, compreender, mudar, manter padrões de comportamento nas organizações, sendo uma forma diferenciada para poder trabalhar diretamente com os funcionários. É uma ação observável de uma pessoa, o que uma pessoa fala ou faz e qualquer atividade e resposta sobre esta.

O objetivo de qualquer ferramenta de segurança é a prevenção de perdas que ocorrem com acidentes ou incidentes, afirmando-se que a segurança com base no comportamento é um meio eficaz de atuação com melhoria contínua, pois permite remover as causas de perdas. Visto que não se busca atuar somente nos efeitos e soluções imediatas, mas atua-se no processo de gestão comportamental de forma a alcançar resultados duradouros, permitindo alcançar novos níveis de desempenho em segurança (LIMA, 2013). Bley (2020), ao se referir a uma cultura de segurança total, o autor aborda três tópicos que necessitam domínio e atenção para considerar que a segurança está sendo abordada como um valor para organização, sendo eles os fatores ambientais; os fatores pessoais e os fatores comportamentais. Para ele, os

fatores pessoais e comportamentais representam a dinâmica humana da segurança ocupacional, complementada e inter-relacionada com os fatores ambientais.

Entretanto, a atuação das organizações sobre os comportamentos do trabalhador em relação aos riscos do seu trabalho tem enfrentado alguns obstáculos como: reduzida oferta de profissionais adequadamente capacitados para lidar com comportamento humano em segurança; intervenção de profissionais de outras áreas de conhecimento sobre o comportamento, sem o devido preparo técnico-científico; julgamento de profissionais, de diferentes áreas de conhecimento, de que o comportamentalismo tem como propósito controlar os trabalhadores (BLEY, 2020).

Desenvolvimento de Competências Preventivas

Segundo o conceito de Krause (1994) para melhoria contínua da segurança no trabalho, da prevenção e da redução dos acidentes, é primordial se concentrar na identificação e controle dos fatores antecedentes. Então, se o comportamento humano no trabalho é um fator chave na ocorrência de acidentes ocupacionais, torna-se muito importante o seu entendimento através de ferramentas de análises, buscando o conhecimento adequado para implantação de programas de prevenção e desenvolvimento da cultura de segurança (MATTIAZZO, 2016).

Criar uma cultura de segurança no local de trabalho, requer uma abordagem de equipe e uma atitude proativa de todos para aprender com indicadores de condições inseguras e reconhecer comportamentos inseguros, buscando sempre melhorar continuamente (SOUZA, 2018). A cultura de segurança é um conjunto de atitudes e costumes compartilhado por um grupo de pessoas e planejado para diminuir e evitar determinados riscos, geralmente elaborada pela gestão de saúde e segurança do trabalho e torna-se necessário que esta equipe tenham o pleno conhecimento da rotina da empresa de forma a terem condições de estipular as iniciativas corretas de prevenção (SOUZA, 2018).

Uma forma de reduzir a exposição a situações de risco é através do Behavior Based Safety (BBS), um termo inglês que significa segurança baseada no comportamento ou segurança comportamental. É uma aplicação da psicologia comportamental para promoção da segurança no trabalho usando o envolvimento dos trabalhadores, em complemento com as técnicas de gestão da segurança e da qualidade que permite identificar indicadores deficientes, determinando os comportamentos críticos que expõem os trabalhadores ao acidente e à doença. Com estes dados são criadas soluções ao nível do comportamento (DUARTE, 2020).

De acordo com Pereira (2014), a melhoria do desempenho de segurança permite às equipes de trabalho identificar os comportamentos que são críticos para o desempenho da segurança; obter feedback em via dupla: dar e receber; remover as

barreiras do sistema de gestão para melhoria contínua. Silva (2006) afirma que para aumentar os comportamentos seguros, deve-se dar mais destaque às formas seguras de se trabalhar e passar feedback positivo sempre que alguém estiver cumprindo as normas de segurança, dando assim o exemplo para os demais. A partir do momento em que o colaborador é reconhecido pelos seus atos de comportamento seguro, aquilo torna a ser um padrão de vida, ele se sente mais motivado a continuar agindo desta forma e uma ótima influência para seus pares de trabalho (DINIZ, 2022).

A Política de Saúde e Segurança do Trabalho (PSST) estimula e permite um conjunto de programas, responsabilidades e ações para prevenir acidentes e doenças ocupacionais, baseado nas prioridades como: proporcionar condições dos funcionários evoluírem continuamente através de treinamentos e especializações sobre segurança; melhorar continuamente o desempenho e gestão de Saúde e Segurança Ocupacional (SSO); atender à legislação e outros requisitos de SSO aplicáveis (SOUZA, 2018).

GIACOMINI et al. (2022) afirma que segurança comportamental deve possuir os seis pilares em sua implantação, a primeira é a avaliação da maturidade da cultura de segurança, que serve para que se identifique os pontos de melhoria existentes e onde deve-se focar primeiro no ambiente de trabalho. A segunda é a liderança efetiva, caracterizado por fazer com que os líderes da empresa sejam os principais exemplos do processo. A terceira é a propriedade, fase onde começa-se a envolver mais os colaboradores gradativamente a fim de cumprir o objetivo de melhoria a segurança.

O quarto pilar é o feedback, definido como uma avaliação dada aos colaboradores para que sejam mostrados os resultados alcançados e ajustar comportamentos que ainda não estão de acordo como os padrões de segurança. O quinto pilar é a análise sistêmica, etapa caracterizada para que sejam identificados os fatores sistêmicos que podem gerar risco, permitindo que as ações de melhoria sejam aplicadas. O último pilar são as ações baseadas em dados que são ações que serão tomadas e ajustadas conforme o contexto da empresa para que não haja planos que estejam fora da realidade possível de execução (GIACOMINI et al., 2022).

Existe um outro método definido como ABC, iniciais dos elementos básicos em inglês de A – Antecedents, B – Behaviour, C – Consequences, para a gestão de comportamentos seguros e que tem por base teórica a análise experimental do comportamento conhecida por Behaviorismo, desenvolvida por Burrhus Frederic Skinner, psicólogo americano formado em Harvard (DUARTE, 2020).

Segundo Skinner (1974), citado por Areosa & Augusto (2012), existem dois pilares explicativos para o comportamento humano, os quais se traduzem por antecedentes – acontecimentos antes do comportamento de preocupação, e consequências – acontecimentos após a demonstração do comportamento. Dessa

forma, o método ABC da segurança comportamental possui os pressupostos de identificar os comportamentos críticos, contrários ao processo de segurança; identificar os ativadores que estão na base desse comportamento inseguro e retirá-los do processo; estabelecer ativadores para comportamentos seguros, através da criação de cenários onde seja efetuada uma projeção de sequências negativas e positivas para cada comportamento e reforçar positivamente os comportamentos desejados (DUARTE, 2020).

O reforço positivo dos comportamentos tem o objetivo de ressaltar os comportamentos desejados, **incluindo todos aqueles elementos que aumentam a probabilidade do aparecimento de alguma resposta**, ou seja, todas as ferramentas que ajuda a consolidar um comportamento e fazê-lo apresentar-se com mais frequência (ACKERMAN, 2019). O reforço de comportamento positivo é uma favorável ferramenta para estimular a atitude esperada da equipe, melhorando o clima organizacional. Exemplos de reforços positivos podem ser a valorização das boas práticas, criação de rotinas de feedbacks, realização de recompensas financeiras e motivacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade de qualquer instrumento de segurança é a prevenção de perdas que verifica-se em acidentes ou incidentes, sendo a segurança fundamentado no comportamento um mecanismo eficaz de desempenho com melhoria contínua, uma vez que não atua exclusivamente em resultados imediatos, mas em soluções duradouras, possibilitando atingir novos níveis de desempenho de segurança.

Dessa forma, através da gestão comportamental, é possível alcançar o empenho dos trabalhadores na viabilização de esforços para transformações na segurança, desenvolvendo métodos que trabalhem de maneira positiva nas situações de trabalho, como a criação de uma cultura de segurança no local de trabalho; aplicação da psicologia comportamental através do Behavior Based Safety; execução da Política de Saúde e Segurança do Trabalho e Método ABC.

Entretanto, algumas limitações podem impossibilitar uma mudança na cultura de segurança no trabalho quanto ao comportamento, como a falta de engajamento dos funcionários, uma vez que o processo de mudança da cultura é demorado, e também a volta de antigos hábitos dos colaboradores. Em virtude disso, a participação efetiva de todos os trabalhadores é necessária para um sucesso no andamento das atividades e funcionamento dos programas da segurança do trabalho, visto que este instrumento tem a finalidade de reduzir os riscos de acidentes do trabalho.

Ademais, este estudo permite um apoio para pesquisas futuras relacionadas a implantação da segurança comportamental em empresas, tendo assim, como indicação para trabalhos futuros, dados sobre o estresse como origem do problema

da aplicação da segurança comportamental; desvios em função de processos ou atividades similares de produção; a função da segurança comportamental na melhoria da qualidade de vida do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ACKERMAN, C. Positive reinforcement in psychology. *Positive Psychology*, 2019. Disponível em: <https://positivepsychology.com/positive-reinforcement-psychology/#:~:text=Positive%20reinforcement%20refers%20to%20the,that%20the%20behavior%20will%20>

ANTUNES, R. C. **Sistema de gestão de Segurança do Trabalho baseado em ferramentas para o desenvolvimento da cultura de segurança**. 85 f. Monografia (Pós-graduação em Engenharia de segurança do trabalho) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

AREOSA, J.; NATIVIDADE, A. Segurança e saúde comportamental: reflexões preliminares. **Repositório**, p. 33-35, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Cadastro de acidente do trabalho: procedimento e classificação**. NBR 14280. Rio de Janeiro, 2001.

BLEY, J. Z. **Comportamento Seguro: Psicologia da Segurança no Trabalho e a educação para a prevenção de doenças e acidentes**, 2ª ed. Curitiba: Editora Sol, 2020.

BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre planos de benefícios da Previdência Social e da outras providências. Disponível em www.senado.gov.br. Acesso em: 13 de março de 2024.

CAMPOS, A. **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes: Uma nova abordagem**, 10ª ed. São Paulo: Editora Senac, 2006.

COSTA, D. et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013.

DINIZ, E. S. **Ferramentas de segurança do trabalho como parte fundamental para o desenvolvimento do comportamento seguro**. Trabalho de Conclusão de Curso (Engenharia de Produção) – Faculdade de Engenharia de Resende, Resende, 2022.

DUARTE, S. I. G. **Segurança comportamental na Construção Civil**. Dissertação (Mestrado em Gestão da Segurança e Saúde do Trabalho) – Instituto Superior de Educação e Ciências, Lisboa, 2020.

FRANÇA, A. C. L. **Práticas de recursos humanos PRH: conceitos, ferramentas e procedimentos**. São Paulo: Atlas, 2010.

GARRIGOU et al. **Contribuições da ergonomia à prevenção dos riscos profissionais**. In: FALZON, P. Ergonomia. São Paulo: Editora Blucher, 2007.

GIACOMINI, A. A. et al. **Redução de riscos e acidentes de trabalho aplicando a segurança baseada em comportamentos**. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2022.

HEINRICH, H. W. **Industrial accident prevention: a scientific approach**. 5ªed. New York: McGraw-Hill, 1931.

JUNIOR, C. R. C. **Gestão da segurança do trabalho: a abordagem comportamental no ambiente industrial**. 77 f. Monografia (Bacharel em Administração) – Faculdade 7 de setembro, Fortaleza, 2011.

KRAUSE, T.R. Safety and quality: Two sides of the same coin (TF). **Behavioral Science Technology Inc**, v. 27, n. 10, p. 51-55, 1994.

LIMA, K. S. F. **Segurança comportamental: formas de sensibilização para a prática da segurança no trabalho**. 101 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Processos Construtivos e Saneamento Urbano) – Universidade Federal do Pará, Santarém, 2013.

MATHIAS, M. A. Ponta do Iceberg. EPSJV/Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-ponta-do-iceberg>. Acesso em: 13 de março de 2024.

MATTIAZZO, R. C. **Análise comportamental de um acidente em uma indústria de embalagens**. Monografia (Pós-graduação em Engenharia de Segurança do Trabalho) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Estratégia Nacional para Redução dos Acidentes do Trabalho. Brasília, 2015. Disponível em: <http://acesso.mte.gov.br>. Acesso em: 13 de março de 2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Acidentes de trabalho e mortes acidentárias voltam a crescer em 2021. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://prt2.mpt.mp.br/964-acidentes-de-trabalho-e-mortes-acidentarias-voltam-a-crescer-em-2021>. Acesso em: 19 de março de 2024.

PACHECO, C. **Percepção de Risco e Comportamentos Seguros**. Dissertação (Mestrado em Segurança e Higiene do Trabalho) - Instituto Politécnico de Setúbal, 2012.

PASSUELO, C. Segurança Comportamental. Disponível www.dnvba.com/.../Apresentação%20Segurança%20Comportamentaal.pdf. Acesso em: 13 de março de 2024.

PEREIRA, A. L. P. **Segurança Comportamental na Indústria Cimenteira**. Dissertação (Mestrado em Segurança e Higiene do Trabalho) - Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, 2014.

SCALDELA V. S.; OLIVEIRA C. A. D.; MILANELI E.; OLIVEIRA J. B. C.; BOLOGNESI P. R. **Manual Prático de Saúde e segurança no trabalho**. 1ªed, São Caetano do Sul: Yendis Editora, p. 458, 2009.

SILVA, D. C. **Um sistema de gestão da Segurança do Trabalho alinhado à produtividade e à integridade dos colaboradores**. 57 f. Monografia (Graduação de Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2006.

SIMIONI, A. F.; PATROCÍNIO, A. B. Segurança comportamental em ambientes de trabalhos. REGENT: Revista Eletrônica de Gestão, Engenharia e Tecnologia da Faculdade de Tecnologia de Piracicaba, v. 1, n. 1, p. 1 – 16, 2015.

SIMONELLI, A. P., et al. Influência da segurança comportamental nas práticas e modelos de prevenção de acidentes do trabalho: revisão sistemática da literatura. **Saúde e sociedade**, v. 25, n. 2, p. 463-478, 2016.

SKINNER, B. F. **About behaviorism**. New York: Alfred A. Knopf, 1974.

SOARES, E. B.; FILHO, W. R. C. Olhares sobre a prevenção dos acidentes de trabalho. **Produto & Produção**, vol. 16 n.4, p. 84-103, 2015.

SOUZA, F. **Desenvolvendo a segurança comportamental no âmbito industrial**. 13 f. Trabalho de Conclusão de curso (Especialização em Engenharia e Segurança) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2018.

SPECTOR, P. E. **Psicologia nas organizações**. Trad. Solange Aparecida Visconte. São Paulo: Saraiva, 2003.