

1.^a edição



LARYSSA ANDRADE DA LUZ SANTOS
CAMILA NASCIMENTO RIBEIRO BORGES
SUYANNE LOUISE MOREIRA MELO
(ORGS)



**FIEL À PRÓPRIA ESSÊNCIA:
SAÚDE MENTAL NA ERA DAS MÁSCARAS:
CONSCIÊNCIA, PROPÓSITO E SOFRIMENTO PSÍQUICO
EM TEMPOS DE EXCESSO DE POSSIBILIDADES**

SÃO PAULO
EDITORA ARCHÉ
2026

1.^a edição



LARYSSA ANDRADE DA LUZ SANTOS
CAMILA NASCIMENTO RIBEIRO BORGES
SUYANNE LOUISE MOREIRA MELO
(ORGS)



**FIEL À PRÓPRIA ESSÊNCIA:
SAÚDE MENTAL NA ERA DAS MÁSCARAS:
CONSCIÊNCIA, PROPÓSITO E SOFRIMENTO PSÍQUICO
EM TEMPOS DE EXCESSO DE POSSIBILIDADES**

SÃO PAULO
EDITORA ARCHÉ

2026

1.^a edição

Organizadoras

Laryssa Andrade da Luz Santos
Camila Nascimento Ribeiro Borges
Suyanne Louise Moreira Melo

**FIEL À PRÓPRIA ESSÊNCIA: SAÚDE MENTAL NA ERA DAS
MÁSCARAS- CONSCIÊNCIA, PROPÓSITO E SOFRIMENTO
PSÍQUICO EM TEMPOS DE EXCESSO DE POSSIBILIDADES**

ISBN 978-65-6054-345-4



**FIEL À PRÓPRIA ESSÊNCIA: SAÚDE MENTAL NA ERA DAS
MÁSCARAS-CONSCIÊNCIA, PROPÓSITO E SOFRIMENTO
PSÍQUICO EM TEMPOS DE EXCESSO DE POSSIBILIDADES**

1.^a edição

SÃO PAULO
EDITORA ARCHÉ
2026

Copyright © dos autores e das autoras.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença *Creative Commons Internacional* (CC BY- NC 4.0).



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

F475 Fiel à própria essência [livro eletrônico] : saúde mental na era das máscaras – consciência, propósito e sofrimento psíquico em tempos de excesso de possibilidades / organização de Laryssa Andrade da Luz Santos... [et al.]. – 1. ed. – São Paulo, SP: Editora Arché, 2026.
138 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-6054-345-4

1. Saúde mental. 2. Identidade e autenticidade – Psicologia. 3. Sofrimento psíquico – Sociedade moderna. 4. Educação superior. I. Santos, Laryssa Andrade da Luz. II. Borges, Camila Nascimento Ribeiro. III. Melo, Suyanne Louise Moreira.

CDD 616.89

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Revista REASE cancelada pela Editora Arché.

São Paulo- SP

Telefone: +55 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br>

contato@periodicorease.pro.br

1ª Edição- *Copyright* © 2026 dos autores.

Direito de edição reservado à Revista REASE.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do (s) seu(s) respectivo (s) autor (es).

As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referenciais bibliográficos são prerrogativas de cada autor (es).

Endereço: Av. Brigadeiro Faria de Lima n.º 1.384 — Jardim Paulistano.

CEP: 01452 002 — São Paulo — SP.

Tel.: 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br/rease>

contato@periodicorease.pro.br

Editora: Dra. Patrícia Ribeiro

Produção gráfica e direção de arte: Ana Cláudia Néri Bastos

Assistente de produção editorial e gráfica: Talita Tainá Pereira Batista e José Rafael Santos da Silva.

Projeto gráfico: Ana Cláudia Néri Bastos,

Ilustrações: José Rafael Santos da Silva, Ana Cláudia Néri Bastos e Talita Tainá Pereira Batista.

Revisão: Ana Cláudia Néri Bastos, José Rafael Santos da Silva e Talita Tainá Pereira Batista.

Tratamento de imagens: Ana Cláudia Néri Bastos

EQUIPE DE EDITORES

EDITORA- CHEFE

Dra. Patrícia Ribeiro, Universidade de Coimbra- Portugal

CONSELHO EDITORIAL

Doutoranda Silvana Maria Aparecida Viana Santos- Facultad Interamericana de Ciências Sociais - FICS

Doutorando Alberto da Silva Franqueira-Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Me. Ubiranilze Cunha Santos- Corporación Universitaria de Humanidades Y Ciências Sociales de Chile

Doutorando Allysson Barbosa Fernandes- Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Doutor. Avaeté de Lunetta e Rodrigues Guerra- Universidad del Sol do Paraguai- PY

Me. Victorino Correia Kinhama- Instituto Superior Politécnico do Cuanza Sul-Angola

Me. Andrea Almeida Zamorano- SPSIG

Esp. Ana Cláudia N. Bastos- PUCRS

Dr. Alfredo Oliveira Neto, UERJ, RJ

PhD. Diogo Vianna, IEPA

Dr. José Fajardo- Fundação Getúlio Vargas

PhD. Jussara C. dos Santos, Universidade do Minho

Dra. María V. Albaronedo, Universidad Nacional del Comahue, Argentina

Dra. Uaiana Prates, Universidade de Lisboa, Portugal

Dr. José Benedito R. da Silva, UFSCar, SP

PhD. Pablo Guadarrama González, Universidad Central de Las Villas, Cuba

Dra. Maritza Montero, Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Dra. Sandra Moitinho, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Eduardo José Santos, Universidade Federal do Ceará,

Dra. Maria do Socorro Bispo, Instituto Federal do Paraná, IFPR

Cristian Melo, MEC

Dra. Bartira B. Barros, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Roberto S. Maciel- UFBA

Dra. Francisne de Souza, Universidade de Aveiro-Portugal

Dr. Paulo de Andrada Bittencourt – MEC

PhD. Aparecida Ribeiro, UFG

Dra. Maria de Sandes Braga, UFTM

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores se responsabilizam publicamente pelo conteúdo desta obra, garantindo que o mesmo é de autoria própria, assumindo integral responsabilidade diante de terceiros, quer de natureza moral ou patrimonial, em razão de seu conteúdo, declarando que o trabalho é original, livre de plágio acadêmico e que não infringe quaisquer direitos de propriedade intelectual de terceiros. Os autores declaram não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Editora Arché declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art.º 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *ecommerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

Em um mundo onde todos parecem felizes, bem-sucedidos e inabaláveis... alguém está mentindo.

“Fiel à própria essência: saúde mental na era das máscaras” mergulha na maior crise silenciosa do nosso tempo: o colapso psicológico por trás das vidas perfeitas.

Entre algoritmos, performance constante e a necessidade de aprovação, milhões de pessoas estão deixando de existir para sustentar personagens. E o preço disso não é apenas ansiedade ou cansaço — é o esgotamento emocional, a perda de sentido e, em casos extremos, a própria vida.

Com uma abordagem intensa e provocadora, este livro conecta psicanálise, filosofia, neurociência e experiências clínicas reais para revelar o que ninguém está dizendo: o sofrimento psíquico contemporâneo não é fraqueza — é consequência de um sistema que exige que você não seja você.

Cada capítulo expõe uma camada desse cenário:

das emoções que o corpo não consegue mais sustentar, ao colapso de um sistema de saúde mental mecanizado, até a maternidade real, o envelhecimento e a reconstrução da própria identidade.





Isso não é apenas um livro.


É um espelho. E a pergunta que ele deixa é inevitável:

Quanto da sua vida é real... e quanto é personagem?

Os autores.

SUMÁRIO


INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 01.....	18
ESSÊNCIA, PERSONA E SOFRIMENTO PSÍQUICO	
Laryssa Andrade da Luz Santos	
Camila Nascimento Ribeiro Borges	
Maria Gabriella Ferreira Lopes	
Bruno Borges Pereira	
Dilton Jacobina Mesquita Neto	
Yasmim Victoria Araújo Mendess	
 10.51891/978-65-6054-345-4-01	
CAPÍTULO 02.....	29
EMOÇÕES, ESTRESSE E O CORPO QUE ADOECE	
Laryssa Andrade da Luz Santos	
Camila Nascimento Ribeiro Borges	
Angelita Monique Silva Marques	
Cauê Marques Paim Suzart	
Jammille Barreto Andrade	
Suyanne Louise Moreira Melo	
 10.51891/978-65-6054-345-4-02	
CAPÍTULO 03.....	47
MEDICINA, PSIQUIATRIA E UM SISTEMA EM CRISE	
Laryssa Andrade da Luz Santos	
Maria Gabriella Ferreira Lopes	
Bruno Borges Pereira	
Angelita Monique Silva Marques	
Cauê Marques Paim Suzart	
Dilton Jacobina Mesquita Neto	
 10.51891/978-65-6054-345-4-03	
CAPÍTULO 04.....	64
ESTILO DE VIDA, EXCESSO DE POSSIBILIDADES E NOVAS DORES	
Camila Nascimento Ribeiro Borges	
Dilton Jacobina Mesquita Neto	
Maria Gabriella Ferreira Lopes	
Yasmim Victoria Araújo Mendes	
Jammille Barreto Andrade	
Cauê Marques Paim Suzart	
 10.51891/978-65-6054-345-4-04	
CAPÍTULO 05.....	78
MATERNIDADE REAL: BABY BLUES, DEPRESSÃO PÓS-PARTO E AMBIVALÊNCIAS	
Jammille Barreto Andrade	
Bruno Borges Pereira	
Yasmim Victoria Araújo Mendes	
Angelita Monique Silva Marques	

Cauê Marques Paim Suzart
Dilton Jacobina Mesquita Neto
 10.51891/978-65-6054-345-4-05

CAPÍTULO 06.....102

AUTOCONHECIMENTO, ENVELHECIMENTO E REESCRITA DA PRÓPRIA HISTÓRIA

Angelita Monique Silva Marques
Camila Nascimento Ribeiro Borges
Maria Gabriella Ferreira Lopes
Yasmim Victoria Araújo Mendes
Jammille Barreto Andrade
Bruno Borges Pereira

 10.51891/978-65-6054-345-4-06

CONSIDERAÇÕES FINAIS129

ÍNDICE REMISSIVO134

INTRODUÇÃO

A contemporaneidade impõe ao ser humano desafios psíquicos sem precedentes na história da civilização. Vivemos imersos em uma era marcada pelo excesso de informações, hiperconectividade digital e exigência patológica de performance contínua, paradoxo que tem precipitado um vazio existencial profundo e desconexão radical com a própria essência constitutiva. Este livro, intitulado *Fiel à própria essência: saúde mental na era das máscaras*, propõe uma investigação sistemática e interdisciplinar sobre as raízes biológicas, psicológicas, filosóficas e culturais do sofrimento psíquico contemporâneo, fundamentando-se primordialmente no diálogo seminal entre a psiquiatra Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva e a psicanalista Dra. Andrea Vermont, apresentado no episódio inaugural do *Divã Podcast* (Vermont; Barbosa, 2026).

O cerne teórico deste trabalho reside na tese clínica de que o principal fator de adoecimento mental e envelhecimento precoce na atualidade configura-se como a infidelidade essencial, isto é, o abandono sistemático da própria natureza constitutiva em prol da construção artificial de uma persona performática submetida à validação externa. Como incisivamente diagnosticado pela Dra. Ana Beatriz: "A pior coisa hoje [...] chama-se deixar de ser fiel à sua essência. Quando você deixa de existir e cria um personagem, uma persona, que é o que mais a gente vê hoje no mundo... isso adocece, enlouquece ou faz a pessoa partir antes" (Vermont; Barbosa, 2026). Esta observação empírica, emanada de décadas de prática clínica especializada, encontra validação irrefutável em evidências genômicas recentes que demonstram um *p-factor* transdiagnóstico responsável por 66% da variância compartilhada entre 14 transtornos psiquiátricos principais, com correlação genética

direta ao suicídio ($r_g=0,87$) (Grotzinger *et al.*, 2026).

A investigação proposta perpassa seis eixos analíticos interconectados que mapeiam a totalidade do fenômeno, desde as raízes neurobiológicas das emoções básicas até as vicissitudes existenciais do envelhecimento na modernidade líquida. Integram esta abordagem pensadores fundacionais da psicologia profunda (Freud, Jung, Winnicott, Lacan), existencialistas (Sartre, Nietzsche, Frankl), filósofos contemporâneos críticos da positividade tóxica (Byung-Chul Han, Zygmunt Bauman) e evidências genômicas de vanguarda que comprovam a pleiotropia¹ de 238 loci² genéticos responsáveis por comorbidades psiquiátricas sequenciais (Grotzinger *et al.*, 2026; Pereira *et al.*, 2025). No contexto brasileiro, o sequenciamento de 2.723 genomas nacionais revela 8,7 milhões de variantes inéditas associadas a respostas emocionais moduladas por nossa singular miscigenação histórica, demandando abordagens culturalmente adaptadas ao SUS (Pereira *et al.*, 2025).

OBJETIVO GERAL

Analisar, sob perspectiva integrativa biopsicossocial e filosófica, como a infidelidade à própria essência na era das máscaras digitais constitui fator etiológico primordial do sofrimento psíquico contemporâneo e risco suicida transdiagnóstico, propondo diretrizes preventivas baseadas na autenticidade essencial, regulação emocional consciente e construção de sentido vital.

¹ **Pleiotropia** é quando **um único gene** causa **vários efeitos** diferentes no corpo. (Campbell *et al.*, 2015).

² **Loccié** é o lugar físico exato onde um gene está localizado dentro de um cromossomo (Campbell *et al.*, 2015).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Capítulo 1 – Essência, personalidade e sofrimento psíquico: Investigar o fenômeno da persona junguiana como mecanismo adaptativo patológico na era digital, articulando Fernando Pessoa, Nietzsche e Winnicott à evidência genômica do *p-factor* que explica 66% da variância compartilhada entre 14 transtornos, demonstrando como a desconexão essencial ativa loci pleiotrópicos suicidas (Jung, 1951; Grotzinger *et al.*, 2026).
2. Capítulo 2 – Emoções, estresse e o corpo que adocece: Mapear as emoções básicas (medo, raiva, tristeza, alegria) através do modelo do cérebro triuno de MacLean e pulsões freudianas de vida/morte, correlacionando estresse crônico com fatores genéticos SUD e Internalizante que elevam risco suicida ($rg=0,87$), propondo regulação neocortical sobre impulsos reptilianos (Freud, 1920; MacLean, 1990).
3. Capítulo 3 – Medicina, psiquiatria e um sistema em crise: Criticar a medicalização fragmentada do sofrimento à luz de Lacan (inconsciente como linguagem) e Winnicott (falso self profissional), confrontando-a com a pleiotropia genética brasileira (8,7M variantes inéditas) que demanda medicina personalizada humanizada (Lacan, 1953; Pereira *et al.*, 2025).
4. Capítulo 4 – Estilo de vida, excesso de possibilidades e novas dores: Analisar o vácuo existencial frankliano e angústia sartreana sob a sociedade do cansaço de Han e modernidade líquida de Bauman, demonstrando como excesso dopaminérgico ativa o *p-factor* correlacionado a neuroticismo ($rg=0,64$) e solidão ($rg=0,62$) (Frankl, 1946; Han, 2010).

5. Capítulo 5 – Maternidade real: baby blues, depressão pós-parto e ambivalências: Diferenciar baby blues adaptativo de depressão pós-parto grave através de Winnicott (mãe suficientemente boa) e Jung (arquétipo materno), ancorando no fator Internalizante genético sobre fundo de variantes maternas africanas/indígenas brasileiras (Winnicott, 1953; Grotzinger *et al.*, 2026).
6. Capítulo 6 – Autoconhecimento, envelhecimento e reescrita da história: Demonstrar a velhice como ganho de sabedoria frankliana e amor fati nietzschiano contra invisibilidade social, propondo legado intergeracional como modulador epigenético protetor do *p-factor* suicida em idosos (Frankl, 1984; Nietzsche, 1882).

Esta estrutura investigativa posiciona o presente volume como contribuição original à saúde mental brasileira, integrando psicanálise clássica, filosofia continental, neurociência evolutiva e genética molecular de ponta em framework transdiagnóstico preventivo centrado na fidelidade essencial como antídoto ao colapso psicopatológico contemporâneo.

CAPÍTULO 01

ESSÊNCIA, PERSONA E SOFRIMENTO PSÍQUICO

Laryssa Andrade da Luz Santos
Camila Nascimento Ribeiro Borges
Maria Gabriella Ferreira Lopes
Bruno Borges Pereira
Dilton Jacobina Mesquita Neto
Yasmim Victoria Araújo Mendes

1 O QUE É “SER VOCÊ MESMO” EM TEMPOS DE MÁSCARAS

A questão da identidade sempre foi central na filosofia e na psicologia, mas, na era digital, ela ganha contornos de urgência inéditos. Ser você mesmo tornou-se um slogan publicitário esvaziado de sentido, repetido em postagens motivacionais, enquanto a prática social empurra o indivíduo para a conformidade absoluta e a padronização algorítmica. Fernando Pessoa, em sua vasta obra poética sob o heterônimo Álvaro de Campos, já nos alertava sobre o perigo de nos tornarmos estranhos a nós mesmos, em uma das expressões mais icônicas da literatura portuguesa: “Tentei arrancar a máscara e ela estava colada à cara” (Pessoa, 1935).

Esta metáfora ilustra perfeitamente o risco da simbiose patológica entre o ser essencial e o personagem social, fenômeno que Pessoa vivenciou em primeira pessoa por meio de seus múltiplos heterônimos, experimento literário de fragmentação identitária que antecipa as crises contemporâneas das redes sociais.

Carl Gustav Jung, em sua teoria analítica da personalidade, definiu a persona como a face social que mostramos ao mundo exterior, um sistema de adaptação necessário para lidar com as demandas coletivas e evitar o conflito direto com o inconsciente (Jung, 1951). A persona funciona como uma máscara protetora, permitindo a interação harmoniosa na esfera pública sem expor o self vulnerável. No entanto, Jung advertia que o perigo reside na identificação total com a persona, processo pelo qual o ego se confunde com o papel social, levando à perda da individualidade autêntica e à repressão da sombra, conjunto de aspectos rejeitados da

personalidade (Jung, 1951). Essa dinâmica junguiana ganha contornos ampliados na era digital, onde a persona deixa de ser uma máscara ocasional e passa a configurar uma identidade performática contínua, alimentada por algoritmos de validação quantitativa.

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva reforça e atualiza essa visão junguiana ao afirmar que o maior fator de adoecimento e envelhecimento precoce na contemporaneidade pode estar associado à perda de fidelidade à própria essência em prol de uma construção artificial. “A pior coisa hoje [...] chama-se deixar de ser fiel à sua essência. Quando você deixa de existir e cria um personagem, uma persona, que é o que mais a gente vê hoje no mundo, isso adocece, enlouquece ou faz a pessoa partir antes” (Vermont; Barbosa, 2026).

Essa declaração clínica, emanada de décadas de prática psiquiátrica, dialoga com a advertência nietzschiana de “torna-te o que és”, imperativo ético que exige confronto ativo com o próprio destino, em vez de adaptação passiva às demandas externas (Nietzsche, 1888).

Estudos genômicos recentes oferecem evidências relevantes para essa perspectiva clínica integradora. Grotzinger *et al.* (2026), em análise de GWAS envolvendo 1.056.201 casos de 14 transtornos psiquiátricos, identificaram um p-factor genômico, fator geral de psicopatologia que explica, em média, 66% da variância compartilhada entre diagnósticos aparentemente distintos, incluindo depressão maior, ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, esquizofrenia, transtorno bipolar e transtornos por uso de substâncias. Esse p-factor apresenta elevada correlação genética com tentativas de suicídio ($r_g =$

0,87), sugerindo que a vulnerabilidade basal compartilhada pode se manifestar ao longo da trajetória vital, especialmente quando associada a fatores ambientais como a pressão performática digital (Grotzinger *et al.*, 2026).

A descoberta de 238 loci pleiotrópicos, regiões genéticas cujas variantes aumentam simultaneamente o risco para fatores como internalizante (depressão, PTSD, ansiedade) e SB (esquizofrenia-bipolar), dialoga com a observação clínica acerca da desconexão essencial como fator de risco transdiagnóstico. Indivíduos que manifestam um transtorno inicial podem apresentar maior predisposição para outros, o que contribui para a alta comorbidade observada clinicamente. Essa pleiotropia genética reforça que a infidelidade à essência não é apenas um problema existencial, mas pode estar associada a processos biológicos complexos.

No contexto brasileiro, o Projeto Genoma de Referência do Brasileiro sequenciou 2.723 genomas nacionais, revelando 8,7 milhões de variantes inéditas no mundo, 37 mil delas potencialmente deletérias, associadas a respostas metabólicas e imunológicas que podem modular vias emocionais sob estresse ambiental (Pereira *et al.*, 2025). A assimetria de ancestralidade materna africana/indígena (70%) versus paterna europeia (75%), legada de processos históricos, introduz complexidade genética relevante que demanda abordagens de saúde mental culturalmente sensíveis.

D. W. Winnicott complementa essa tríade genética, clínica e filosófica ao descrever o falso self como adaptação defensiva precoce ao ambiente, mecanismo que pode se perpetuar na vida adulta como persona

rígida sob pressão social (Winnicott, 1960). A sociedade do desempenho descrita por Byung-Chul Han transforma essa defesa em autoexploração contínua, enquanto Bauman e Sartre ampliam a compreensão sobre instabilidade identitária e angústia existencial (Han, 2010; Bauman, 2000; Sartre, 1943).

A autenticidade, portanto, pode ser compreendida como elemento regulador, permitindo maior integração entre processos cognitivos e emocionais. Quando essa regulação falha sob pressão das máscaras digitais, o sofrimento psíquico pode se intensificar, configurando um cenário clínico complexo. Essa síntese entre psicanálise, filosofia, neurociência e genética posiciona a fidelidade à própria essência como eixo relevante na compreensão da saúde mental contemporânea.

1.1 PERSONA, REDES SOCIAIS E O PERSONAGEM QUE NÃO DESLIGA

No contexto clínico contemporâneo, observa-se que o sofrimento psíquico muitas vezes se origina da dissonância entre quem se é essencialmente e quem se apresenta socialmente. A Dra. Andrea Vermont pontua que a sociedade contemporânea vive um delírio coletivo estrutural, no qual indivíduos sustentam personagens e validam mutuamente essas construções para manter o equilíbrio social (Vermont; Barbosa, 2026).

Nietzsche antecipava esse fenômeno ao propor o imperativo “torna-te o que és”, enquanto Winnicott diferenciava o true self do falso self, sendo este último uma adaptação defensiva que pode se tornar cronicamente patológica (Nietzsche, 1888; Winnicott, 1960). Na era digital, essa dinâmica é intensificada pela necessidade de manutenção

constante da imagem.

Lacan contribui ao conceituar o imaginário como espaço de identificação mediado pelo olhar do Outro (Lacan, 1949). Nas redes sociais, esse olhar é amplificado por métricas quantitativas, transformando a identidade em objeto de validação contínua.

Estudos genéticos indicam que vulnerabilidades associadas a transtornos internalizantes e uso de substâncias podem compartilhar bases comuns (Grotzinger *et al.*, 2026), o que contribui para trajetórias clínicas complexas.

A integração dessas perspectivas sugere que a manutenção contínua de uma identidade performática pode atuar como fator de sobrecarga psíquica.

1.2 VERGONHA, COMPARAÇÃO E SENSAÇÃO DE FRACASSO

A cultura da imagem perfeita tende a produzir sentimentos de inadequação. Ao comparar a própria realidade com versões idealizadas exibidas nas redes, o indivíduo pode desenvolver sensação persistente de fracasso. Sartre descreve o impacto do olhar do outro na constituição da identidade, enquanto Bauman aponta para a fluidez das relações contemporâneas (Sartre, 1943; Bauman, 2000).

Do ponto de vista neurobiológico, estruturas como a amígdala e o córtex pré-frontal participam da regulação emocional (MacLean, 1990).

Evidências genéticas sugerem associação entre sensibilidade ao estresse, neuroticismo e risco para transtornos psiquiátricos (Grotzinger *et al.*, 2026). Essas vulnerabilidades podem ser intensificadas por contextos

sociais de alta exigência.

A autocompaixão pode funcionar como estratégia reguladora, favorecendo maior equilíbrio emocional.

1.3 VAZIO EXISTENCIAL E PERDA DE SENTIDO DE VIDA

Frankl descreve o vazio existencial como consequência direta da ausência de sentido, condição que, segundo o autor, caracteriza uma das principais formas de sofrimento psíquico na modernidade. Diferentemente das perspectivas de Freud e Adler, Frankl propõe que a motivação humana fundamental está na busca por significado, e não apenas no prazer ou poder (Frankl, 1946). Sartre complementa essa visão ao destacar que o indivíduo é responsável pela construção do próprio sentido, o que, embora represente liberdade, também pode gerar angústia diante da ausência de referências externas estáveis (Sartre, 1943).

A ausência de propósito pode estar associada a manifestações como ansiedade, apatia e depressão, sendo influenciada por fatores psicológicos, sociais e biológicos que interagem de forma dinâmica. Nesse contexto, o vazio existencial não se configura apenas como uma experiência subjetiva isolada, mas como um fenômeno complexo que emerge da relação entre indivíduo e ambiente, especialmente em uma sociedade marcada pela instabilidade e pela constante necessidade de reinvenção identitária.

1.4 RISCO DE SUICÍDIO: QUANDO A DESCONEXÃO DE SI VIRA PERIGO

O suicídio deve ser compreendido como um fenômeno multifatorial, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas e sociais que

se articulam ao longo da trajetória de vida do indivíduo. Freud, ao discutir a pulsão de morte, aponta para a existência de forças internas que podem direcionar o sujeito à autodestruição, enquanto Frankl interpreta o suicídio como consequência da perda radical de sentido existencial (Freud, 1920; Frankl, 1946). Jung, por sua vez, associa o risco ao conflito entre aspectos conscientes e inconscientes não integrados (Jung, 1951).

Estudos contemporâneos indicam associação entre fatores transdiagnósticos e comportamentos suicidas, sugerindo que diferentes transtornos compartilham bases comuns de vulnerabilidade (Grotzinger *et al.*, 2026). Nesse sentido, a desconexão de si mesmo, quando associada a fatores de risco acumulados, pode contribuir para o agravamento do sofrimento psíquico, reforçando a necessidade de abordagens preventivas integradas e sensíveis às múltiplas dimensões do fenômeno.

1.6 O QUE PROTEGE: AUTENTICIDADE POSSÍVEL, VÍNCULOS REAIS E PROJETO DE VIDA

A construção de vínculos sociais consistentes, a busca por propósito e a aceitação da própria imperfeição configuram fatores protetores relevantes no campo da saúde mental. Winnicott destaca a importância de ambientes suficientemente bons para o desenvolvimento de um self autêntico, enquanto Jung enfatiza o processo de individuação como integração entre aspectos conscientes e inconscientes da personalidade (Winnicott, 1960; Jung, 1951). Frankl acrescenta que o sentido de vida atua como elemento organizador da experiência humana, contribuindo para a resiliência frente ao sofrimento (Frankl, 1946).

Estratégias práticas incluem:

- Identificação de interesses pessoais
- Redução da exposição digital
- Fortalecimento de vínculos
- Construção de propósito

Esses elementos podem contribuir para a regulação emocional e para a promoção da saúde mental, funcionando como mediadores entre vulnerabilidades individuais e contextos sociais adversos, especialmente em cenários marcados por alta exigência performática e instabilidade identitária.

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Z. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

CAMPBELL, Neil A. et al. Biologia de Campbell. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015

FRANKL, V. E. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. 25. ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008. (Original de 1946).

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: **FREUD, S.** Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. 18, 1920.

HAN, B.-C. Sociedade do cansaço. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 2015.

JUNG, C. G. Aion: contribuições ao simbolismo do si-mesmo. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. (Original de 1951).

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **LACAN, J.** Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 197-251. (Original de 1953).

MACLEAN, P. D. The triune brain in evolution: role in paleocerebral function. New York: Plenum Press, 1990.

NIETZSCHE, F. Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém. São Paulo: Martin Claret, 2005. (Original de 1888).

PESSOA, F. Obra poética. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1986. (Poema "Autopsicografia", 1935).

Grotzinger et al., 2026. Mapping the genetic landscape across 14 psychiatric disorders. *Nature*, v. 649, p. 406-411, 8 jan. 2026. DOI: 10.1038/s41586-025-09820-3. Disponível em: [link do artigo]. Acesso em: 4 mar. 2026. [Equivalente aos arquivos file:78 e file:46].

PEREIRA, L. V. et al. Genoma de Referência do Brasileiro: maior mapeamento genético já realizado no país revela 8,7 milhões de variantes inéditas. *Science*, 15 maio 2025. DOI: [inserir DOI se disponível]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/estudo-mapeia-impactos-da-miscigenacao-no-dna-e-na-saude-da-populacao-brasileira/>. Acesso em: 4 mar. 2026. [Equivalente ao file:77].

SARTRE, J.-P. O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica. Petrópolis: Vozes, 1997. (Original de 1943).

VERMONT, A.; BARBOSA, A. B. Divã Podcast com Andrea Vermont #1 - ANA BEATRIZ BARBOSA. *YouTube*, 19 fev. 2026. Vídeo (duração). Disponível em: <https://youtu.be/o5T4QnQe5Os>. Acesso em: 4 mar. 2026.

WINNICOTT, D. W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1990. (Original de 1960, capítulo "Ego distortion in terms of true and false self").

CAPÍTULO 02

EMOÇÕES, ESTRESSE E O CORPO QUE ADOECE

Laryssa Andrade da Luz Santos
Camila Nascimento Ribeiro Borges
Angelita Monique Silva Marques
Cauê Marques Paim Suzart
Jammille Barreto Andrade
Suyanne Louise Moreira Melo

2 EMOÇÕES BÁSICAS: MEDO, RAIVA, TRISTEZA E ALEGRIA

O ser humano herda biologicamente um repertório fundamental de emoções básicas que asseguraram a perpetuação da espécie através de pressões seletivas evolutivas rigorosas: medo (resposta ao perigo), raiva (defesa territorial), tristeza (sinal de perda) e alegria (reforço social e reprodutivo). Essas respostas não representam falhas disfuncionais do psiquismo, mas mecanismos adaptativos essenciais cuja desregulação patológica pode constituir substrato relevante do sofrimento contemporâneo. O descompasso surge quando nosso cérebro ancestral, desenhado para escassez e ameaças físicas imediatas, enfrenta estímulos simbólicos hipermodernos em volume e velocidade sem precedentes.

Sigmund Freud estruturava essas emoções em torno de dois princípios pulsionais antagônicos: Eros, pulsão de vida orientada à união, prazer e preservação libidinal, associada primordialmente à alegria vincular; e Thanatos, pulsão de morte voltada à redução de tensões acumuladas, podendo manifestar-se em medo paralisante, raiva agressiva e tristeza melancólica (Freud, 1920).

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva operacionaliza clinicamente essa dicotomia freudiana ao descrever dois circuitos neuroquímicos basilares: o circuito do medo (luta/fuga via amígdala e hipocampo) e o circuito da recompensa dopaminérgica (núcleo accumbens e córtex orbitofrontal). Evolutivamente calibrados para ambientes de escassez predatória, esses circuitos mostram-se menos adaptados ao excesso informacional e simbólico contemporâneo: “nosso cérebro permanece um fusquinha com

careragem de Ferrari, potente, mas limitado frente às velocidades digitais” (Vermont; Barbosa, 2026).

Paul MacLean sistematiza neuroanatomicamente essa herança através do modelo do cérebro triuno: o tronco encefálico reptiliano governa instintos básicos de sobrevivência (medo/raiva), o sistema límbico paleomamífero processa afeto social (tristeza/alegria vincular), enquanto o neocórtex neomamífero permite regulação reflexiva consciente (MacLean, 1990). Sob estresse crônico moderno, a hiperatividade amigdalár pode inibir o córtex pré-frontal dorsolateral, comprometendo a tomada de decisão racional e favorecendo respostas emocionais primitivas potencialmente desadaptativas.

Evidências genômicas contemporâneas sugerem base biológica para essa desregulação evolutiva. Grotzinger *et al.* (2026) demonstram que o p-factor transdiagnóstico, associado a 66% da variância compartilhada entre 14 transtornos principais, correlaciona-se com sensibilidade ao estresse ($r_g = 0,50$), neuroticismo ($r_g = 0,64$) e tentativas de suicídio ($r_g = 0,87$), indicando participação de loci pleiotrópicos na modulação de respostas límbicas sob sobrecarga ambiental (Grotzinger *et al.*, 2026, p. 408). Os fatores Internalizante e SUD exibem sobreposição poligênica expressiva, contribuindo para comorbidades observadas quando medo e raiva evoluem para ansiedade crônica ou comportamentos impulsivos.

No contexto brasileiro hiperdiverso, o sequenciamento de 2.723 genomas nacionais revelou 8,7 milhões de variantes inéditas, incluindo aquelas associadas ao eixo HPA (hipotálamo-hipófise-adrenal) e ao metabolismo monoaminérgico (dopamina/serotonina), perfis modulados

por nossa assimetria de ancestralidade materna africana/indígena (70%) versus paterna euro-asiática (75%), legada de processos históricos que podem influenciar vulnerabilidades emocionais sob pressões contemporâneas (Pereira *et al.*, 2025).

Byung-Chul Han identifica na positividade tóxica da sociedade do desempenho a repressão dessas emoções básicas, convertendo tristeza em culpa improdutiva e raiva em autoagressão disciplinar, reduzindo espaço para processamento autêntico (Han, 2010). Zygmunt Bauman complementa ao descrever vínculos líquidos incapazes de sustentar alegria relacional estável, perpetuando medo existencial difuso (Bauman, 2000). Viktor Frankl contrapõe o sentido como força reguladora que integra impulsos em um projeto de vida coerente (Frankl, 1946).

A integração dessas perspectivas revela emoções básicas não como resquícios primitivos descartáveis, mas como interface crítica entre herança biológica e demandas culturais. A dificuldade na regulação de medo ou tristeza pode estar associada à ativação de vulnerabilidades compartilhadas, contribuindo para quadros internalizantes mais graves ao longo do tempo. A alfabetização emocional surge, assim, como estratégia relevante de intervenção, favorecendo a regulação consciente de impulsos e a proteção frente a vulnerabilidades.

2.1 ESTRESSE AGUDO X ESTRESSE CRÔNICO: A PANELA DE PRESSÃO INTERNA

É fundamental distinguir estresse agudo de estresse crônico para compreender mecanismos psicopatológicos contemporâneos. O estresse agudo constitui resposta adaptativa fisiológica diante de ameaça iminente:

a ativação do sistema nervoso simpático libera adrenalina e cortisol, mobilizando glicogênio muscular, dilatando pupilas, inibindo processos digestivos e aguçando a vigilância sensorial por meio do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA). Trata-se de um mecanismo evolutivamente funcional, que prepara o organismo para resposta imediata de luta ou fuga. Passado o estímulo estressor, o sistema parassimpático tende a restaurar a homeostase em minutos a horas, permitindo recuperação orgânica e evitando danos fisiológicos cumulativos (McEwen, 1998).

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva operacionaliza clinicamente essa distinção por meio de uma metáfora didática e precisa: o problema não reside no pico agudo do estresse, mas na manutenção contínua de um nível intermediário e persistente de ativação. Esse “fogo médio constante”, alimentado por demandas performáticas digitais, preocupações financeiras contínuas, hiperconectividade e comparação social permanente, pode manter o eixo HPA cronicamente ativado, favorecendo um estado de desgaste fisiológico progressivo. Diferentemente do estresse agudo, que se resolve, o estresse crônico permanece silencioso, não produzindo picos evidentes, mas atuando de forma cumulativa sobre o organismo (Vermont; Barbosa, 2026).

Do ponto de vista neurobiológico, esse processo pode ser compreendido como um desequilíbrio funcional entre sistemas. A ativação persistente de estruturas límbicas, especialmente a amígdala, tende a amplificar a percepção de ameaça, enquanto a eficiência do córtex pré-frontal, responsável por funções executivas e regulação emocional, pode ser reduzida sob exposição prolongada ao estresse. Esse padrão favorece

estados de hipervigilância, ruminação e dificuldade de tomada de decisão, características frequentemente observadas em quadros de ansiedade e exaustão mental (MacLean, 1990).

Sigmund Freud já antecipava, em termos psicodinâmicos, a repetição de estados de tensão como tentativa de elaboração psíquica não resolvida. A compulsão à repetição pode ser compreendida como reativação contínua de experiências internas não simbolizadas, o que, no contexto contemporâneo, pode ser intensificado pela exposição constante a estímulos estressores de natureza simbólica e social (Freud, 1920).

Evidências genômicas contemporâneas sugerem que a sensibilidade ao estresse possui componente herdável relevante, associada ao p-factor transdiagnóstico e a vulnerabilidades compartilhadas entre diferentes transtornos psiquiátricos. Grotzinger *et al.* (2026) indicam correlação genética entre sensibilidade ao estresse, neuroticismo e risco para diferentes quadros clínicos, sugerindo que determinados perfis podem apresentar maior reatividade a estímulos ambientais adversos. No entanto, essa predisposição não implica determinismo, sendo modulada por fatores contextuais, comportamentais e relacionais ao longo da vida.

No contexto brasileiro, essa dinâmica pode ser intensificada por fatores socioeconômicos, históricos e culturais, incluindo desigualdades estruturais, insegurança financeira e instabilidade social, que contribuem para a manutenção de estados crônicos de estresse. A diversidade genética observada na população brasileira, associada a diferentes padrões de resposta ao estresse, reforça a necessidade de abordagens que considerem a interação entre biologia, contexto social e experiência subjetiva (Pereira

et al., 2025).

Byung-Chul Han descreve a sociedade contemporânea como uma sociedade do cansaço, na qual o excesso de exigência e desempenho substitui formas tradicionais de repressão, convertendo o sujeito em agente de sua própria exploração. Nesse cenário, o estresse deixa de ser episódico e torna-se estrutural, internalizado como modo de funcionamento permanente (Han, 2010). Viktor Frankl contrapõe essa dinâmica ao destacar a importância do sentido como elemento organizador da experiência, capaz de transformar a relação do indivíduo com o sofrimento e favorecer processos de regulação emocional mais estáveis (Frankl, 1946).

A integração entre perspectivas neurobiológicas, psicodinâmicas, culturais e genéticas sugere que o estresse crônico não deve ser compreendido apenas como excesso de demandas externas, mas como falha na regulação entre sistemas internos e ambiente. Nesse sentido, a identificação precoce desse “fogo médio constante” torna-se fundamental. Estratégias como respiração vagal, práticas de atenção plena e construção de sentido podem contribuir para a modulação do eixo HPA e para a restauração do equilíbrio psicofisiológico, atuando como fatores protetores frente à sobrecarga contínua.

2.2 CORPO SOB ATAQUE: SONO, IMUNIDADE, DOR E FADIGA EXTREMA

Emoções não processadas não desaparecem; tendem a se expressar por vias indiretas, frequentemente através do corpo, configurando manifestações psicossomáticas persistentes. Desde os estudos clássicos da

psicanálise freudiana até a medicina psicossomática contemporânea, o corpo é compreendido como espaço de inscrição de conteúdos psíquicos não simbolizados. Quando a experiência emocional não encontra vias adequadas de elaboração, ela pode ser convertida em sintoma corporal, funcionando como linguagem alternativa do sofrimento. Nesse sentido, o corpo não apenas responde ao estresse, mas também comunica aquilo que não foi verbalizado ou integrado psiquicamente.

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva descreve, a partir da prática clínica, a associação entre estresse crônico e o adoecimento de diferentes sistemas orgânicos. Estados prolongados de tensão emocional podem estar relacionados a manifestações como palpitações cardíacas, distúrbios gastrointestinais (gastrite, refluxo, síndrome do intestino irritável), alterações dermatológicas (eczema, psoríase), dores musculares crônicas e recorrência de infecções. Esses quadros não devem ser compreendidos como eventos isolados, mas como possíveis expressões de um organismo em sobrecarga, no qual sistemas fisiológicos passam a operar em estado de alerta contínuo (Vermont; Barbosa, 2026).

Do ponto de vista neurobiológico, a ativação prolongada do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) desempenha papel central nesse processo. A secreção persistente de cortisol pode interferir em múltiplos sistemas: inibição da neurogênese hipocampal, comprometimento da regulação emocional, redução da eficiência do córtex pré-frontal, alterações no sono e impacto negativo sobre o sistema imunológico. A fragmentação do sono, especialmente do sono REM, pode prejudicar a consolidação da memória emocional, enquanto a imunossupressão

associada ao estresse prolongado aumenta a suscetibilidade a infecções. Além disso, processos inflamatórios de baixo grau e alterações na percepção de dor podem contribuir para quadros de dor crônica e fadiga persistente (McEwen, 2017).

Paul MacLean contribui para a compreensão desse fenômeno ao descrever o desequilíbrio entre sistemas cerebrais. Em contextos de estresse contínuo, a ativação do sistema límbico tende a predominar, enquanto a capacidade reguladora do neocórtex é reduzida, dificultando a simbolização e elaboração das experiências emocionais. Nesse cenário, a somatização pode emergir como uma via de expressão regressiva, na qual o corpo assume a função de traduzir conflitos psíquicos não integrados (MacLean, 1990). Freud já descrevia esse mecanismo na conversão histérica, em que a energia psíquica encontra expressão somática na ausência de elaboração simbólica adequada (Freud; Breuer, 1895).

Evidências genômicas contemporâneas sugerem que fatores biológicos também participam dessa interface entre corpo e mente. Estudos indicam que o p-factor pode estar associado a vias relacionadas à resposta ao estresse, inflamação e regulação do sono, incluindo genes envolvidos em processos antioxidantes, inflamatórios e circadianos (Grotzinger *et al.*, 2026). Essa interação entre predisposição biológica e fatores ambientais pode contribuir para a sobreposição entre sintomas físicos e psíquicos, frequentemente observada na prática clínica. No entanto, é importante ressaltar que tais associações não implicam determinismo, sendo moduladas por experiências individuais, contexto social e estratégias de regulação emocional.

No contexto brasileiro, a diversidade genética e as condições socioeconômicas podem influenciar essas respostas de forma particular. A presença de variantes associadas à regulação do estresse, somada a contextos de desigualdade e exposição prolongada a adversidades, pode intensificar processos de desgaste fisiológico e emocional. Isso reforça a necessidade de abordagens integradas que considerem não apenas aspectos biológicos, mas também históricos, culturais e sociais na compreensão do adoecimento (Pereira *et al.*, 2025).

Byung-Chul Han interpreta esses fenômenos como expressão da sociedade do desempenho, na qual o excesso de exigência transforma o corpo em instrumento de produtividade contínua, levando ao esgotamento. Nesse cenário, sintomas físicos podem ser compreendidos como limites impostos pelo próprio organismo diante da sobrecarga. Viktor Frankl, por sua vez, destaca que a atribuição de sentido à experiência, inclusive ao sofrimento, pode atuar como fator regulador, permitindo uma relação diferente com os sintomas e favorecendo processos de resiliência (Frankl, 1946).

A integração dessas perspectivas permite compreender a somatização não como um fenômeno isolado ou meramente “psicológico”, mas como resultado de um sistema complexo em que corpo e mente estão profundamente interligados. A intervenção, portanto, não deve se limitar ao tratamento do sintoma, mas incluir estratégias de regulação emocional, melhoria do sono, cuidado com o corpo e construção de significado. Práticas como respiração consciente, atenção plena e fortalecimento de vínculos podem contribuir para a ativação do sistema parassimpático,

favorecendo a recuperação do equilíbrio psicofisiológico e reduzindo o impacto do estresse crônico sobre o organismo.

2.3 RAIVA, IMPULSIVIDADE E COMPORTAMENTOS AUTODESTRUTIVOS

A raiva representa uma emoção fundamental, frequentemente mal compreendida no campo clínico. Do ponto de vista evolutivo, sua função está relacionada à proteção, à defesa territorial e ao estabelecimento de limites interpessoais, mobilizando energia para resposta diante de ameaças percebidas. Quando adequadamente regulada, pode atuar como força assertiva e organizadora do comportamento; entretanto, quando desregulada, pode se manifestar como impulsividade, agressividade ou autoagressão. Assim, a raiva não constitui, em si, um problema, mas sim a forma como é processada e expressa no contexto individual.

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva apresenta, em sua prática clínica, a ideia de que a ativação fisiológica inicial da raiva tende a ser breve, podendo durar poucos instantes, enquanto sua manutenção depende de processos cognitivos subsequentes. Nesse sentido, a continuidade da resposta emocional estaria associada à ruminação, isto é, à repetição mental do evento estressor, que prolonga a ativação fisiológica. Estratégias como afastamento do estímulo e mudança de foco podem contribuir para a interrupção desse ciclo, favorecendo a regulação emocional (Vermont; Barbosa, 2026).

Do ponto de vista neurobiológico, estímulos estressores ativam a amígdala, estrutura central no processamento de ameaças, que projeta para o hipotálamo e desencadeia respostas do sistema nervoso autônomo

simpático e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Esse processo envolve a liberação de catecolaminas, como noradrenalina e adrenalina, preparando o organismo para ação. Outras regiões, como o córtex insular, participam da percepção corporal da emoção, enquanto o córtex orbitofrontal e o córtex pré-frontal ventromedial contribuem para a avaliação e modulação da resposta. Em situações de estresse crônico, a hiperatividade amigdalare pode estar associada à redução da eficiência dos sistemas pré-frontais, comprometendo o controle inibitório e favorecendo respostas impulsivas (Davidson *et al.*, 2000).

Sigmund Freud compreendia a agressividade como componente da pulsão de morte, podendo ser direcionada ao outro ou ao próprio sujeito. Quando não elaborada, essa energia pode se voltar contra o ego, manifestando-se em comportamentos autodestrutivos. Na prática clínica contemporânea, essa dinâmica pode ser observada em comportamentos como automutilação, abuso de substâncias e outras formas de descarga impulsiva, frequentemente associadas à dificuldade de simbolização do afeto (Freud, 1920).

Evidências genômicas sugerem que a impulsividade e a reatividade emocional podem estar associadas a fatores biológicos compartilhados entre diferentes transtornos. Estudos indicam correlação entre o p-factor e comportamentos impulsivos, incluindo risco aumentado para autolesão, além de associações com sistemas dopaminérgicos e serotoninérgicos envolvidos na regulação do comportamento (Grotzinger *et al.*, 2026). No entanto, tais associações não implicam causalidade direta, sendo moduladas por fatores ambientais, experiências de vida e estratégias de

regulação emocional.

No contexto brasileiro, fatores sociais como desigualdade, violência e instabilidade podem intensificar estados de irritabilidade e impulsividade, especialmente quando associados a condições de vulnerabilidade prévias. A interação entre predisposição biológica e contexto social reforça a complexidade desses comportamentos, exigindo abordagens que considerem múltiplas dimensões do sujeito (Pereira *et al.*, 2025).

Paul MacLean contribuiu ao descrever a participação de sistemas mais primitivos na resposta de raiva, enquanto o neocórtex desempenha papel regulador. Quando essa regulação falha, a resposta emocional tende a se tornar mais reativa e menos mediada por processos reflexivos (MacLean, 1990). Viktor Frankl, por sua vez, destaca que a construção de sentido pode funcionar como elemento organizador, permitindo maior capacidade de escolha frente a impulsos imediatos (Frankl, 1946).

A integração dessas perspectivas sugere que a regulação da raiva constitui aspecto central na prevenção de comportamentos autodestrutivos. A identificação precoce da ativação emocional, associada a estratégias de interrupção e autorregulação, pode favorecer a retomada do controle consciente sobre a resposta comportamental. Técnicas como respiração controlada, afastamento do estímulo e reflexão guiada podem contribuir para a ativação do sistema parassimpático e para a modulação da resposta emocional, reduzindo o risco de desfechos impulsivos.

2.4 RISCO DE SUICÍDIO E O QUE PROTEGE: EXAUSTÃO, BURNOUT EMOCIONAL E ESTRATÉGIAS PRÁTICAS

Quando o estresse emocional e a desregulação das emoções se tornam contínuos, pode emergir um ponto crítico caracterizado por exaustão profunda, frequentemente descrita como a sensação de “não aguentar mais”. Esse estado não se apresenta necessariamente como a forma clássica de depressão associada ao choro persistente, mas pode se manifestar como um cansaço extremo de sustentar a rotina e lidar com demandas repetidas sem percepção de saída. A prática clínica aponta que muitos indivíduos mantêm funcionamento aparente até que, em determinado momento, ocorre um colapso emocional, frequentemente descrito como uma espécie de “cegueira emocional”, na qual a capacidade de avaliar alternativas e manter o instinto de autopreservação pode ficar comprometida (Vermont; Barbosa, 2026).

Sigmund Freud já discutia, em termos teóricos, a existência de forças internas relacionadas à redução da tensão psíquica, enquanto Viktor Frankl interpretava o sofrimento extremo como decorrente da perda de sentido existencial. Para Frankl, a ausência de um “porquê” para viver pode fragilizar a capacidade do indivíduo de sustentar a própria existência diante de adversidades (Freud, 1920; Frankl, 1946). Essas perspectivas, embora distintas, convergem na compreensão de que o sofrimento psíquico profundo envolve múltiplas dimensões que ultrapassam explicações únicas.

No cotidiano contemporâneo, alguns fatores podem contribuir para a intensificação desse risco, especialmente em contextos de alta exigência

emocional. Ambientes de trabalho marcados por pressão constante, competitividade excessiva, metas inalcançáveis e exigência de desempenho emocional contínuo podem favorecer estados de desgaste progressivo. A necessidade de manter uma imagem de funcionalidade, muitas vezes associada ao uso de redes sociais e à exposição constante, pode ampliar a sensação de inadequação e esgotamento. A sobreposição de demandas — profissionais, familiares e sociais — tende a reduzir espaços de recuperação psíquica, favorecendo a cronificação do estresse.

No contexto brasileiro, fatores estruturais como desigualdade social, instabilidade econômica e exposição a diferentes formas de violência podem atuar como elementos adicionais de vulnerabilidade. Esses fatores interagem com experiências individuais e com possíveis predisposições biológicas, contribuindo para a complexidade do fenômeno. Evidências genômicas sugerem que o p-factor está associado a diferentes manifestações de sofrimento psíquico e pode se correlacionar com comportamentos de risco, incluindo ideação suicida, embora tais associações não impliquem causalidade direta (Grotzinger *et al.*, 2026). A interação entre fatores biológicos, ambientais e subjetivos reforça a necessidade de abordagens integradas.

Apesar desse cenário, existem estratégias que podem atuar como fatores de proteção. A regulação emocional constitui um dos principais eixos de intervenção. A identificação precoce de estados de ativação intensa, associada a estratégias de interrupção, como afastamento do estímulo e mudança de ambiente, pode favorecer a redução da resposta emocional. Técnicas de respiração controlada, especialmente aquelas que

prolongam a expiração, podem contribuir para a ativação do sistema parassimpático, reduzindo níveis de ativação fisiológica.

O cuidado com o corpo também desempenha papel central. A manutenção de uma rotina de sono regular, alimentação equilibrada e exposição à luz natural pode favorecer a regulação neurobiológica, impactando positivamente processos relacionados ao humor e à energia. A prática de atividade física leve a moderada, como caminhadas, pode contribuir para a modulação do estresse e melhora do bem-estar geral.

O estabelecimento de vínculos sociais consistentes constitui outro fator protetor relevante. A presença de relações de apoio, nas quais o indivíduo possa expressar suas experiências sem julgamento, pode reduzir a sensação de isolamento e ampliar recursos de enfrentamento. A busca por acompanhamento profissional, seja médico ou psicoterapêutico, também é fundamental, especialmente em momentos de maior vulnerabilidade.

Viktor Frankl destaca que a construção de sentido pode funcionar como elemento organizador da experiência, permitindo ao indivíduo sustentar-se mesmo diante do sofrimento. Nesse sentido, a identificação de atividades significativas, valores pessoais e projetos de vida pode contribuir para a ampliação da perspectiva e redução do risco associado ao esgotamento emocional.

Carl Jung propõe a integração de aspectos rejeitados da personalidade como parte do processo de individuação, enquanto Winnicott enfatiza a importância do desenvolvimento de um self autêntico, em oposição a adaptações excessivas às demandas externas (Jung, 1951;

Winnicott, 1960). Byung-Chul Han, ao criticar a sociedade do desempenho, aponta para a necessidade de reconhecer limites e abandonar a exigência constante de produtividade (Han, 2010).

A integração dessas abordagens permite compreender que o burnout emocional e o risco associado não são resultado de um único fator, mas de um conjunto de elementos que se acumulam ao longo do tempo. A intervenção, portanto, deve ser multidimensional, envolvendo regulação emocional, cuidado corporal, suporte social e construção de sentido. Nesse contexto, o autocuidado não se configura como luxo, mas como componente essencial na preservação da saúde mental, especialmente em ambientes marcados por exigência contínua e instabilidade.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. B.; VERMONT, A. *Divã Podcast #1 - Ana Beatriz Barbosa*. YouTube, 19 fev. 2026. Disponível em: <https://youtu.be/o5T4QnQe5Os>. Acesso em: 4 mar. 2026.

FREUD, S. *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1920.

FRANKL, V. E. *Em busca de sentido*. 25. ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008.

HAN, B.-C. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2015.

JUNG, C. G. *Aion: contribuições ao simbolismo do si-mesmo*. Petrópolis: Vozes, 2002.

PEREIRA, L. V. *et al.* Genoma de Referência do Brasileiro. *Science*, 15 maio 2025. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/estudo-mapeia-impactos-da-miscigenacao-no-dna-e-na-saude-da-populacao-brasileira/>. Acesso em: 4 mar. 2026.

GROTZINGER *ET AL.*, 2026. Mapping the genetic landscape across 14 psychiatric disorders. *Nature*, v. 649, p. 406-411, 8 jan. 2026. DOI: 10.1038/s41586-025-09820-3.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1990.

CAPÍTULO 03

MEDICINA, PSIQUIATRIA E UM SISTEMA EM CRISE

Laryssa Andrade da Luz Santos
Maria Gabriella Ferreira Lopes
Bruno Borges Pereira
Angelita Monique Silva Marques
Cauê Marques Paim Suzart
Dilton Jacobina Mesquita Neto

3 DA MEDICINA DE ESCUTA À MEDICINA DE PRODUÇÃO

A prática médica brasileira passou por uma transformação profunda nas últimas décadas, saindo de um modelo de “medicina sacerdotal” — baseada em escuta empática e conversas prolongadas — para um sistema tecnicista e produtivista, orientado por números e metas. A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva, com décadas de experiência em clínicas privadas e públicas, descreve criticamente essa mudança. Antes, o médico conhecia a história familiar do paciente, seu contexto social e suas angústias mais profundas. Atualmente, no SUS, cada consulta tende a se configurar como um “procedimento cronometrado”, registrado no SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial), priorizando a quantidade de atendimentos em detrimento da qualidade do cuidado (Vermont; Barbosa, 2026).

O DATASUS, sistema oficial do Ministério da Saúde, organiza a produção ambulatorial por meio de códigos padronizados de procedimentos. Cada consulta passa a ser contabilizada como unidade produtiva dentro de categorias como Atenção Básica (PAB), Assistência Farmacêutica e procedimentos especializados. O financiamento segue lógicas como o FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensações), que tende a valorizar volume assistencial. Em 2025, o Ministério da Saúde anunciou planos para ampliar a produção nacional de medicamentos e equipamentos, com foco em autonomia tecnológica. Entretanto, observa-se menor ênfase em políticas estruturadas de humanização do cuidado (Ministério da Saúde, 2023).

Sigmund Freud desenvolveu a chamada *talking cure* (cura pela fala), fundamentada na escuta, na associação livre e na possibilidade de elaboração psíquica por meio da linguagem. Nesse modelo, a escuta clínica constitui elemento central do cuidado, permitindo a simbolização de conflitos e a redução do sofrimento psíquico (Freud; Breuer, 1895). Em contextos de atendimento reduzido, essa dimensão pode ser comprometida, limitando a construção de vínculo terapêutico e favorecendo intervenções mais rápidas e centradas em prescrição.

Jacques Lacan, ao afirmar que o inconsciente se estrutura como linguagem, reforça a necessidade de escuta qualificada, incluindo atenção aos silêncios, repetições e ambiguidades do discurso do paciente (Lacan, 1953). No entanto, sistemas baseados em protocolos tendem a priorizar classificações diagnósticas, como o CID-10, que organizam o cuidado, mas podem reduzir a complexidade da experiência subjetiva.

Na prática, o paciente corre o risco de ser reduzido a um código diagnóstico. A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva descreve esse fenômeno como um processo de desumanização progressiva, no qual a lógica produtivista impacta a qualidade da relação médico-paciente. Embora o SUS atenda milhões de pessoas anualmente, a sobrecarga assistencial pode comprometer a escuta e o acompanhamento longitudinal.

Evidências genômicas contemporâneas sugerem que fatores transdiagnósticos, como o p-factor, estão associados a diferentes manifestações de sofrimento psíquico, incluindo risco aumentado para comportamentos autolesivos (Grotzinger *et al.*, 2026). A identificação precoce dessas vulnerabilidades depende, entre outros fatores, de escuta

clínica qualificada, capaz de captar sinais sutis que não emergem em consultas rápidas. No contexto brasileiro, a diversidade genética reforça a necessidade de abordagens individualizadas, em vez de protocolos rigidamente padronizados (Pereira *et al.*, 2025).

D. W. Winnicott descreve o conceito de *holding* como a capacidade do ambiente — incluindo o profissional de saúde — de oferecer sustentação emocional ao paciente, favorecendo o desenvolvimento do self (Winnicott, 1960). Em contextos de atendimento cronometrado, essa função pode ser limitada, impactando a qualidade do cuidado.

Essa transformação do modelo assistencial está relacionada a processos históricos, incluindo a estruturação do SUS a partir da década de 1980 e, mais recentemente, a intensificação do uso de tecnologias e telemedicina, especialmente após a pandemia de COVID-19. Embora essas mudanças tenham ampliado o acesso, também trouxeram desafios relacionados à manutenção da qualidade da escuta clínica.

Diante desse cenário, emerge a necessidade de reequilibrar o modelo assistencial, incorporando indicadores de qualidade relacionados à escuta, vínculo e resolutividade, além de fortalecer a formação médica em aspectos humanísticos e psicossociais.

3.1 A FORMAÇÃO MÉDICA E O LUGAR DA SAÚDE MENTAL

A formação médica no Brasil atribui maior ênfase às ciências biológicas, farmacológicas e cirúrgicas do que à saúde mental e às humanidades. Esse modelo tende a formar profissionais tecnicamente competentes, porém, em muitos casos, menos preparados para lidar com a

complexidade subjetiva do paciente. A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva sintetiza essa lacuna ao afirmar que a compreensão do ser humano exige mais do que domínio técnico, incluindo também formação filosófica e sensibilidade para a experiência humana.

Na prática, o currículo tradicional de medicina, ao longo de seis anos, concentra grande parte da carga horária em disciplinas biomédicas, enquanto conteúdos relacionados à saúde mental e às humanidades ocupam espaço proporcionalmente menor. A psiquiatria, muitas vezes, aparece de forma limitada, e nem sempre é integrada de maneira consistente à formação generalista voltada para a atenção primária. Isso se torna particularmente relevante quando se considera que grande parte dos atendimentos na Atenção Primária à Saúde envolve demandas relacionadas a sofrimento psíquico, como ansiedade, depressão e estresse.

Durante a residência médica em psiquiatria, observa-se frequentemente maior ênfase no manejo farmacológico e em quadros mais graves, com menor tempo dedicado a abordagens psicoterapêuticas e à escuta aprofundada. Consequentemente, muitos profissionais que atuam na atenção primária podem não ter recebido treinamento suficiente para reconhecer sinais sutis de sofrimento emocional ou para conduzir intervenções baseadas em escuta qualificada. Estudos nacionais indicam que parcela significativa dos médicos considera sua formação em saúde mental insuficiente, especialmente no que se refere à abordagem integral do paciente.

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva atribui parte de sua abordagem clínica diferenciada à influência de mentores que incentivaram a

ampliação do olhar para além dos manuais diagnósticos, enfatizando a compreensão da consciência, da subjetividade e da experiência individual. Essa perspectiva favorece o desenvolvimento de uma escuta mais sensível, capaz de estabelecer vínculo terapêutico e contribuir para a adesão ao tratamento.

Jacques Lacan contribui para essa discussão ao afirmar que o inconsciente se estrutura como linguagem, o que implica a necessidade de escutar não apenas o conteúdo explícito da fala, mas também suas repetições, pausas e contradições (Lacan, 1953). A formação médica tradicional, ao priorizar a rapidez diagnóstica e a objetividade, pode não contemplar adequadamente essa dimensão. Da mesma forma, D. W. Winnicott destaca a importância do *holding*, entendido como sustentação emocional que permite ao paciente se expressar de forma mais autêntica (Winnicott, 1960). Essa competência relacional não se desenvolve exclusivamente por meio de conhecimento técnico, exigindo experiência clínica e formação humanística.

Evidências genômicas contemporâneas sugerem que fatores transdiagnósticos, como o p-factor, estão associados a diferentes manifestações de sofrimento psíquico, incluindo risco aumentado para comportamentos autolesivos (Grotzinger *et al.*, 2026). A identificação precoce dessas vulnerabilidades depende de uma escuta clínica atenta, capaz de captar sinais que não se apresentam de forma explícita. No contexto brasileiro, a diversidade genética e cultural reforça a necessidade de abordagens que considerem especificidades locais, evitando a aplicação indiscriminada de modelos externos (Pereira *et al.*, 2025).

Diante desse cenário, tornam-se necessárias mudanças estruturais na formação médica. A ampliação da carga horária dedicada às humanidades, incluindo filosofia, ética, psicologia e comunicação clínica, pode contribuir para a formação de profissionais mais preparados para lidar com o sofrimento humano. A inclusão de estágios obrigatórios em serviços como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pode aproximar o estudante da realidade social dos pacientes, permitindo maior compreensão dos determinantes sociais da saúde mental.

Além disso, a reorganização da residência médica em psiquiatria, com maior equilíbrio entre farmacoterapia e psicoterapia, pode favorecer uma abordagem mais integrada. Estratégias de supervisão e mentoria, com foco na escuta clínica e na relação terapêutica, também podem contribuir para o desenvolvimento dessas competências.

A adoção de modelos de avaliação que considerem não apenas produtividade, mas também qualidade do cuidado e satisfação do paciente, pode incentivar práticas mais humanizadas. Nesse sentido, a formação médica deixa de ser centrada exclusivamente na doença e passa a incorporar a compreensão do sujeito em sua totalidade.

A formação atual tende a produzir profissionais altamente capacitados do ponto de vista técnico, porém desafiados no manejo da complexidade humana. Uma formação reformulada, que integre conhecimento científico, sensibilidade clínica e compreensão cultural, pode contribuir para a construção de um cuidado mais eficaz, especialmente no contexto brasileiro, marcado por diversidade, desigualdade e demandas psicossociais intensas.

3.2 CONSULTAS CRONOMETRADAS, PROTOCOLOS E DESUMANIZAÇÃO

Um dos aspectos mais críticos da crise na saúde brasileira é a cronometragem das consultas médicas. Em muitos serviços, especialmente em pronto-socorros e unidades de atenção primária, o tempo disponível por paciente é extremamente reduzido. Relatos clínicos indicam que, em alguns contextos, profissionais chegam a dispor de poucos minutos para avaliar, decidir condutas e encaminhar casos potencialmente complexos. Esse cenário impõe uma pressão significativa sobre o médico, que passa a atuar sob lógica de produtividade, muitas vezes com risco de prejuízo à qualidade do cuidado (Vermont; Barbosa, 2026).

No SUS, cada atendimento é registrado como procedimento no SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial), o que reforça a lógica quantitativa da assistência. Médicos da Atenção Primária à Saúde frequentemente atendem dezenas de pacientes por dia, com tempo médio limitado por consulta. Nesse contexto, torna-se difícil aprofundar a história clínica, compreender o contexto do paciente e estabelecer vínculo terapêutico. A consulta tende a se concentrar na identificação rápida de sintomas e na definição de condutas imediatas.

O sistema de financiamento contribui para essa dinâmica. O DATASUS organiza a produção assistencial por meio de indicadores quantitativos, enquanto programas como o PAB (Piso da Atenção Básica) e o FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensações) estruturam o repasse de recursos com base em volume de atendimentos e procedimentos realizados. Embora esses mecanismos sejam importantes para a gestão do

sistema, podem, na prática, incentivar maior produção em detrimento da qualidade assistencial (DATASUS, 2026).

Os protocolos clínicos e classificações diagnósticas, como o CID-10, desempenham papel relevante na padronização do cuidado e na organização dos serviços de saúde. No entanto, quando utilizados de forma rígida, podem reduzir a singularidade do paciente, ao enquadrar experiências complexas em categorias pré-definidas. Condições como ansiedade, por exemplo, podem ter origens diversas — relacionadas a trabalho, relações familiares, contexto social ou experiências individuais — que nem sempre são plenamente captadas em atendimentos rápidos.

A literatura nacional já aponta para processos de desumanização no sistema de saúde, associados à sobrecarga dos serviços, à limitação de recursos e à organização produtivista do trabalho. Relatos indicam que tanto pacientes quanto profissionais são impactados por esse modelo, que tende a reduzir o espaço para escuta qualificada e para o cuidado integral (Correio do Estado, 2018; RECIIS, 2014).

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva descreve essa transformação como uma passagem de um modelo baseado na escuta para um modelo de produção, no qual o atendimento se aproxima de uma lógica industrial. Nesse cenário, o médico assume múltiplas demandas simultâneas, o que pode comprometer o tempo disponível para compreender o paciente em sua totalidade.

Evidências contemporâneas sugerem que fatores transdiagnósticos, como o p-factor, estão associados a diferentes manifestações de sofrimento psíquico e podem se relacionar a risco aumentado de comportamentos

autolesivos (Grotzinger *et al.*, 2026). A identificação precoce desses sinais depende, em grande medida, de uma escuta clínica atenta e de tempo suficiente para avaliação adequada. Consultas muito breves podem dificultar a percepção de sinais sutis, especialmente em quadros iniciais.

No contexto brasileiro, a diversidade genética e cultural reforça a necessidade de abordagens individualizadas. Protocolos desenvolvidos em outros contextos podem não contemplar integralmente as especificidades locais, incluindo fatores sociais, históricos e culturais que influenciam a saúde mental (Pereira *et al.*, 2025).

Jacques Lacan destaca a importância da escuta do sujeito para além do conteúdo explícito, incluindo pausas, repetições e elementos não ditos (Lacan, 1953). Da mesma forma, Winnicott enfatiza o conceito de *holding*, no qual o cuidado envolve sustentação emocional e ambiente seguro para expressão do self (Winnicott, 1960). Em consultas altamente cronometradas, essas dimensões tornam-se difíceis de sustentar.

Diante desse cenário, emerge a necessidade de reavaliar os modelos assistenciais, buscando equilíbrio entre eficiência e qualidade do cuidado. A incorporação de indicadores qualitativos, o fortalecimento da atenção primária e a valorização da escuta clínica podem contribuir para a redução da desumanização no sistema de saúde.

3.3 QUANDO A PSIQUIATRIA CURA E QUANDO ELA FALHA

A psiquiatria moderna trouxe avanços significativos para o cuidado em saúde mental. Antidepressivos, estabilizadores de humor e antipsicóticos contribuíram para a redução de sofrimento em milhões de

pessoas, especialmente em quadros graves como depressão maior com risco de suicídio, transtorno bipolar, esquizofrenia e episódios psicóticos agudos. Em muitos casos, a intervenção medicamentosa permite estabilizar sintomas, reduzindo delírios, alucinações e impulsos autodestrutivos, criando condições mínimas para que o paciente possa participar de outras formas de cuidado, como a psicoterapia e a reconstrução de vínculos (Freud, 1920; Vermont; Barbosa, 2026).

O problema surge quando a psiquiatria passa a reduzir o sujeito a um modelo exclusivamente biológico, no qual o sofrimento psíquico é interpretado apenas como resultado de alterações neuroquímicas. Explicações centradas exclusivamente em neurotransmissores, como serotonina ou dopamina, podem oferecer respostas rápidas e operacionais, mas tendem a simplificar excessivamente a complexidade da experiência humana. Medicamentos podem atuar na regulação de sintomas, mas não são suficientes, isoladamente, para restaurar sentido de vida, reconstruir vínculos ou elaborar experiências subjetivas profundas, como solidão, luto e sofrimento existencial (Frankl, 1946).

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva propõe uma abordagem ampliada, compreendendo a psiquiatria dentro de um modelo biopsicossocial e existencial. Nesse modelo, o cuidado envolve dimensões biológicas (medicação, sono, regulação fisiológica), psicológicas (psicoterapia, autoconhecimento), sociais (relações familiares, trabalho, contexto comunitário) e existenciais (propósito e sentido de vida). A negligência de qualquer uma dessas dimensões pode resultar em melhora parcial, com recorrência dos sintomas ao longo do tempo (Vermont;

Barbosa, 2026).

3.3.1 Evidências genéticas e complexidade transdiagnóstica

Pesquisas recentes em genética psiquiátrica indicam a existência de fatores compartilhados entre diferentes transtornos. O estudo de Grotzinger *et al.* (2026) descreve o chamado p-factor, um fator geral associado à variância compartilhada entre diversos quadros, como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, esquizofrenia, transtorno bipolar, TDAH, TOC, autismo, anorexia nervosa e transtornos por uso de substâncias. Esse fator apresenta correlação com diferentes desfechos, incluindo sofrimento psicológico e comportamentos de risco.

Esses achados sugerem que diferentes diagnósticos podem compartilhar bases comuns, o que contribui para a compreensão de comorbidades frequentes observadas na prática clínica. No entanto, tais associações não implicam causalidade direta, sendo moduladas por fatores ambientais, experiências de vida e condições sociais. Para o clínico, isso reforça a importância de uma abordagem longitudinal, que vá além do diagnóstico pontual, considerando a trajetória do paciente ao longo do tempo.

3.3.2 Realidade brasileira: genética, cultura e contexto

No Brasil, a complexidade do cuidado em saúde mental é ampliada pela diversidade genética e pelas condições socioculturais. Estudos apontam a presença de milhões de variantes genéticas ainda pouco exploradas, associadas a diferentes respostas fisiológicas e emocionais

(Pereira *et al.*, 2025). Essa diversidade reflete processos históricos de miscigenação e contribui para respostas heterogêneas a tratamentos farmacológicos.

Além disso, fatores como desigualdade social, violência urbana, racismo estrutural e instabilidade econômica influenciam diretamente a expressão do sofrimento psíquico. Protocolos desenvolvidos em outros contextos podem não contemplar plenamente essas especificidades, o que reforça a necessidade de abordagens adaptadas à realidade brasileira, integrando dimensões biológicas, culturais e sociais.

3.3.3 Quando a psiquiatria funciona de forma integrada

A psiquiatria tende a apresentar melhores resultados quando atua de forma integrada a outras abordagens. Em quadros graves, a medicação pode ser essencial para estabilizar o paciente, reduzindo sintomas agudos e permitindo a participação em psicoterapia e outras intervenções. Em casos leves a moderados, a combinação de intervenções — incluindo psicoterapia, mudanças no estilo de vida e suporte social — pode contribuir para melhora mais consistente e duradoura.

No manejo da ansiedade, por exemplo, a estabilização farmacológica pode ser associada a técnicas de regulação emocional, como respiração controlada, reestruturação cognitiva e desenvolvimento de habilidades interpessoais. A avaliação contínua do risco, especialmente em relação à ideação suicida, constitui elemento central do cuidado, exigindo escuta qualificada e acompanhamento próximo.

3.3.4 Quando a psiquiatria falha estruturalmente

A psiquiatria pode falhar quando o sistema de saúde limita o tempo de consulta e reduz o profissional ao papel de prescritor. Em contextos de atendimento acelerado, torna-se difícil explorar aspectos fundamentais da história do paciente, como contexto familiar, condições de trabalho, experiências de violência ou luto não elaborado. Nessas situações, há risco de medicalização de experiências humanas complexas, sem intervenção sobre fatores subjacentes.

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva destaca que o medicamento, embora essencial em muitos casos, não deve ser compreendido como solução isolada, mas como parte de um processo mais amplo de cuidado. A efetividade do tratamento depende da integração entre intervenções biológicas, psicológicas e sociais, bem como da participação ativa do paciente na construção de sua trajetória de cuidado (Vermont; Barbosa, 2026).

3.4 RISCO DE SUICÍDIO NO SISTEMA: O PACIENTE INVISÍVEL E O QUE PROTEGE

Nem todo sofrimento psíquico é facilmente reconhecido pelos sistemas de saúde. Existe uma parcela significativa de pacientes que não se encaixa perfeitamente nos critérios diagnósticos estabelecidos pelos manuais, mas que, ainda assim, apresenta sofrimento intenso e persistente. Esses indivíduos frequentemente circulam entre serviços de saúde sem que sua demanda seja plenamente compreendida, configurando o que pode ser denominado como “paciente invisível”.

Os protocolos clínicos, como o CID-10, desempenham papel fundamental na organização dos serviços e na padronização das condutas. No entanto, ao operarem com categorias diagnósticas definidas, podem não abarcar a complexidade das experiências subjetivas. Sofrimentos relacionados a conflitos existenciais, crises de identidade, vazio de sentido ou sobrecarga emocional podem não se manifestar de forma clara em sintomas clássicos, dificultando o enquadramento diagnóstico.

Na prática, esses pacientes podem ser classificados como “sem alterações significativas” ou receber diagnósticos inespecíficos, o que pode resultar em intervenções limitadas ou inadequadas. A ausência de um diagnóstico claro não implica ausência de sofrimento, mas pode dificultar o acesso a cuidados mais estruturados. Esse cenário tende a gerar frustração tanto para o paciente quanto para o profissional, especialmente em contextos de tempo reduzido para consulta.

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva descreve esse fenômeno como um dos principais desafios contemporâneos da prática clínica, destacando que muitos pacientes não apresentam quadros clássicos, mas vivem em estado contínuo de sofrimento emocional, frequentemente associado à perda de sentido, à sobrecarga e à desconexão de si mesmos (Vermont; Barbosa, 2026).

Jacques Lacan contribui para essa compreensão ao afirmar que o sujeito não se reduz ao sintoma, sendo necessário escutar o que está para além do discurso manifesto (Lacan, 1953). Da mesma forma, Winnicott enfatiza a importância de um ambiente que permita a expressão do self verdadeiro, o que nem sempre é possível em contextos de atendimento

acelerado (Winnicott, 1960).

Evidências genômicas contemporâneas sugerem que fatores transdiagnósticos, como o p-factor, estão associados a diferentes manifestações de sofrimento psíquico, incluindo aquelas que não se enquadram claramente em categorias diagnósticas tradicionais (Grotzinger *et al.*, 2026). Esses achados reforçam a ideia de que o sofrimento mental pode se apresentar de forma contínua e multifacetada, não necessariamente limitada a diagnósticos específicos.

No contexto brasileiro, fatores sociais e culturais, como desigualdade, instabilidade econômica e fragilidade de vínculos sociais, podem intensificar esse tipo de sofrimento, tornando-o ainda mais difícil de ser reconhecido dentro de modelos padronizados. A diversidade de experiências e trajetórias de vida exige abordagens que considerem a singularidade do paciente, evitando reducionismos.

Byung-Chul Han descreve a sociedade contemporânea como marcada pela exaustão e pela positividade excessiva, na qual o sofrimento muitas vezes não encontra espaço legítimo de expressão (Han, 2010). Nesse cenário, o indivíduo pode sentir-se pressionado a manter aparência de funcionamento, mesmo diante de sofrimento significativo, o que contribui para sua invisibilização.

Diante desse quadro, torna-se necessário ampliar o olhar clínico para além dos protocolos, incorporando a escuta qualificada como ferramenta central de cuidado. A valorização da narrativa do paciente, a atenção aos sinais sutis e a consideração do contexto de vida podem contribuir para o reconhecimento desse sofrimento invisível.

A construção de modelos assistenciais mais flexíveis, que integrem critérios diagnósticos com avaliação subjetiva, pode favorecer o cuidado desses pacientes. A formação de profissionais com maior sensibilidade para a escuta e a complexidade humana constitui elemento fundamental nesse processo.

REFERÊNCIAS

FREUD, S. *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1920.

FRANKL, V. E. *Em busca de sentido*. São Leopoldo: Sinodal, 2008.

GROTZINGER, Andrew D. *et al.* Mapping the genetic landscape across 14 psychiatric disorders. *Nature*, v. 649, p. 406-411, 8 jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: manual para conselheiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

PEREIRA, L. V. *et al.* *Genoma de Referência do Brasileiro*. *Science*, 15 maio 2025.

VERMONT, Andrea; BARBOSA, Ana Beatriz. *Divã Podcast #1 – Ana Beatriz Barbosa*. YouTube, 19 fev. 2026. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=o5T4QnQe5Os>.

CAPÍTULO 04

ESTILO DE VIDA, EXCESSO DE POSSIBILIDADES E NOVAS DORES

Camila Nascimento Ribeiro Borges
Dilton Jacobina Mesquita Neto
Maria Gabriella Ferreira Lopes
Yasmim Victoria Araújo Mendes
Jammille Barreto Andrade
Cauê Marques Paim Suzart

4 ESTILO DE VIDA, EXCESSO DE POSSIBILIDADES E NOVAS DORES

A ideia central que a Dra. Ana Beatriz repete em entrevistas e podcasts é simples e poderosa: o ser humano foi “forjado” na escassez e na ameaça, não na abundância confortável (Vermont; Barbosa, 2026). Isso não é uma frase poética, mas uma descrição do ambiente no qual nosso cérebro se desenvolveu por milhares de anos: pouca comida, poucos recursos, poucas alternativas, risco real de morte e necessidade de cooperação (Vermont; Barbosa, 2026).

Nesse cenário antigo, a mente funcionava por prioridade: sobreviver, proteger os filhos, garantir alimento e manter a coesão do grupo (Vermont; Barbosa, 2026). A recompensa vinha em doses raras e intensas, como uma caça bem-sucedida, um período de paz ou uma colheita favorável (Vermont; Barbosa, 2026). O sofrimento tinha um “endereço”: fome, doença, agressão, clima e luto — experiências duras, porém concretas (Vermont; Barbosa, 2026).

A modernidade inverte essa lógica: saímos de um mundo com poucos caminhos para um mundo com caminhos praticamente infinitos (Schwartz, 2004). Atualmente, há excesso de oferta material, excesso de informação, excesso de estímulo e excesso de comparação, o que modifica profundamente a forma como a mente vivencia o sofrimento (Vermont; Barbosa, 2026).

4.1 EXCESSO DE POSSIBILIDADES E O “CURTO-CIRCUITO” MENTAL

O excesso de possibilidades não amplia a liberdade na mesma proporção em que amplia a ansiedade (Schwartz, 2004). Ele introduz um modo mental marcado por vigilância constante e dúvida persistente: “E se eu escolher errado?”, “E se havia algo melhor?”, “E se estou desperdiçando a vida?” (Schwartz, 2004). A experiência deixa de ser vivida e passa a ser gerenciada, como se a existência fosse um portfólio de decisões que precisam gerar alta performance (Schwartz, 2004).

O paradoxo da escolha descreve esse fenômeno: quanto mais opções disponíveis, maior a probabilidade de arrependimento, comparação e insatisfação com a decisão tomada (Schwartz, 2004). Na prática clínica, isso se manifesta como ruminação, insônia associada a excesso de pensamento, dificuldade de compromisso, incapacidade de sustentar projetos de médio prazo e sensação persistente de que “a vida real é inferior ao que poderia ser” (Schwartz, 2004).

Aqui emerge uma diferença essencial: em contextos de escassez, o sofrimento estava associado à falta; no excesso contemporâneo, ele pode estar relacionado à multiplicidade de alternativas e à constante projeção de possibilidades não vividas (Vermont; Barbosa, 2026). Esse “sofrimento por possibilidade” tende a ser difuso, contínuo e mentalmente exaustivo, como se a pessoa experimentasse uma espécie de luto permanente por vidas que não foram escolhidas (Schwartz, 2004).

4.2 CULTURA DA PERFORMANCE: “SEJA FELIZ, SEJA PERFEITO, SEJA MAIS”

No mundo contemporâneo, a performance passa a funcionar como métrica moral (Vermont; Barbosa, 2026). Não basta estar bem: é necessário demonstrar bem-estar; não basta trabalhar: é preciso prosperar; não basta amar: espera-se uma experiência afetiva idealizada e socialmente validada (Vermont; Barbosa, 2026). A felicidade tende a ser apresentada como obrigação, enquanto a tristeza pode ser interpretada como falha individual.

Esse cenário cria um terreno propício para o desenvolvimento de transtornos ansiosos e depressivos, uma vez que o indivíduo pode não se sentir autorizado a experimentar limites, falhas e vulnerabilidades (USP, 2025). O corpo entra em estado de alerta contínuo porque a avaliação nunca se encerra: há sempre alguém percebido como mais bem-sucedido, mais produtivo ou mais desejável (Vermont; Barbosa, 2026).

No Brasil, essa dinâmica é intensificada por fatores como instabilidade econômica e insegurança em relação ao futuro, o que contribui para a pressão por alcançar estabilidade em idades cada vez mais precoces (USP, 2025). A exigência de desempenho acadêmico e profissional pode atuar como fator de risco para ansiedade, crises de pânico, depressão e uso de substâncias como forma de alívio emocional (Hospital Sírio-Libanês, 2024).

4.3 REDES SOCIAIS: COMPARAÇÃO, DOPAMINA E INSATISFAÇÃO CRÔNICA

As redes sociais transformaram a comparação em um processo

contínuo e automatizado (CNN Brasil, 2025). Se anteriormente a comparação se restringia a círculos próximos, atualmente ela ocorre em escala ampliada, envolvendo milhões de pessoas, muitas vezes por meio de conteúdos editados e não representativos da realidade (CNN Brasil, 2025). A mente pode interpretar esses recortes como padrão, favorecendo pensamentos como: “se eu não vivo assim, eu falhei” (CNN Brasil, 2025).

Além disso, a dinâmica das plataformas favorece estímulos curtos, repetitivos e de rápida recompensa, o que pode influenciar a forma como o cérebro responde a gratificações. Esse padrão tende a reduzir a tolerância a estados como tédio, silêncio e frustração, que são fundamentais para processos mais longos e estruturantes, como estudo, trabalho consistente, construção de vínculos e elaboração emocional (CNN Brasil, 2025).

Nesse contexto, pode surgir um padrão de insatisfação crônica: mesmo diante de conquistas, o indivíduo pode ter dificuldade em sustentar a sensação de satisfação, pois a atenção já está direcionada para a próxima meta (Schwartz, 2004). Esse movimento pode contribuir tanto para ansiedade quanto para estados depressivos, marcados pela sensação de esforço contínuo sem sensação de realização duradoura.

4.4 ANSIEDADE, DEPRESSÃO E VÍCIOS COMO RESPOSTAS AO VAZIO

Uma parcela significativa do sofrimento psíquico contemporâneo não está associada à falta de informação ou de recursos terapêuticos, mas à ausência de sentido e de pertencimento (Vermont; Barbosa, 2026). O

excesso de consumo e de escolhas não supre necessidades existenciais fundamentais, como vínculo, propósito, pertencimento e construção de uma narrativa de vida coerente (Vermont; Barbosa, 2026).

Diante dessa ausência, podem surgir formas de compensação. Algumas são socialmente valorizadas, como o trabalho excessivo ou a busca por performance corporal, enquanto outras são socialmente condenadas, como o uso de álcool, drogas, jogos ou pornografia. Apesar das diferenças, essas estratégias podem compartilhar uma função semelhante: reduzir o desconforto emocional, produzir alívio imediato e gerar sensação temporária de controle (CNN Brasil, 2025).

O desafio é que esse alívio tende a ser transitório e pode vir acompanhado de efeitos cumulativos, como aumento da tolerância, piora da ansiedade basal, alterações no sono e redução de energia (Hospital Sírio-Libanês, 2024). Com o tempo, pode se estabelecer um ciclo de manutenção do sofrimento: vazio → busca de alívio → redução momentânea → retorno ampliado do vazio (Vermont; Barbosa, 2026).

4.5 PROSPERIDADE: POR QUE “TER TUDO” PODE ADOECER?

Quando a Dra. Ana afirma que o ser humano não foi “feito para prosperidade”, a interpretação adequada não é que a prosperidade seja negativa, mas que a abundância material, sem estrutura interna, pode gerar desafios adicionais (Vermont; Barbosa, 2026). A ausência de limites claros, valores definidos e senso de pertencimento pode transformar o excesso em um ambiente desorganizador da experiência subjetiva (PodPeople, 2025).

Em contextos de escassez, há imposição de limites externos: horários, esforço físico, restrições e necessidade de cooperação (Vermont; Barbosa, 2026). Em contextos de abundância, a ausência desses limites exige maior organização interna. Quando essa estrutura não está consolidada, o indivíduo pode se dispersar em estímulos, prazeres imediatos e escolhas pouco sustentáveis ao longo do tempo (PodPeople, 2025).

Esse cenário contribui para compreender fenômenos como a chamada “depressão em contextos de alta renda”, associada não à falta de recursos, mas à ausência de eixo organizador da experiência. Quando tudo é possível, pode haver dificuldade em atribuir valor e necessidade às escolhas, o que impacta a construção do desejo (Schwartz, 2004).

A discussão não implica afirmar que o excesso produz determinados perfis de personalidade, mas sugere que contextos contemporâneos podem oferecer condições que favorecem determinados comportamentos, como exploração interpessoal, uso instrumental de relações e construção de imagem social desvinculada de vínculos reais (Barbosa Silva, 2008).

No passado, em contextos mais comunitários, comportamentos disfuncionais eram mais facilmente identificados e regulados pelo grupo. No cenário atual, a mobilidade social, o anonimato e a mediação digital podem dificultar esse reconhecimento, permitindo a circulação entre diferentes contextos sem responsabilização direta (Vermont; Barbosa, 2026).

A combinação entre excesso de possibilidades, cultura de

performance e comparação constante pode aumentar vulnerabilidades, especialmente entre jovens (CNN Brasil, 2025). Relatórios nacionais apontam crescimento de sofrimento emocional e comportamentos de risco nessa população, frequentemente associados a bullying, isolamento e dificuldades de pertencimento (Itatiaia, 2025).

O risco tende a aumentar quando se combinam fatores como isolamento, desesperança e impulsividade (OMS, 2021). A dinâmica digital pode intensificar esses elementos ao reduzir interações presenciais, ampliar comparações e impactar sono e regulação emocional (CNN Brasil, 2025).

O oposto do excesso não é a pobreza, mas o limite (Schwartz, 2004). Limites de tempo de tela, de comparação, de carga de trabalho e de número de decisões simultâneas podem contribuir para reduzir sobrecarga mental. O limite funciona como elemento organizador para uma mente que evoluiu em contextos de restrição (Vermont; Barbosa, 2026).

Além disso, fatores de proteção incluem pertencimento e vínculo social: relações familiares funcionais, amizades presenciais, ambientes escolares acolhedores, participação em atividades culturais, religiosas ou de voluntariado (USP, 2025). Há também literatura nacional que aponta a espiritualidade, quando associada a suporte social e sentido existencial, como possível fator protetivo em saúde mental (Revista FT, 2024).

Por fim, a construção de propósito se apresenta como elemento central. Quando a vida possui um “porquê”, o sofrimento tende a encontrar lugar dentro de uma narrativa maior, permitindo ao indivíduo

atravessar períodos difíceis sem recorrer a estratégias autodestrutivas (Frankl, 1946).

REFERÊNCIAS

FRANKL, Viktor E. Em busca de sentido. São Leopoldo: Sinodal, 2008.

BAUMAN, Zygmunt. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

SCHWARTZ, Barry. The paradox of choice: why more is less. New York: Ecco, 2004.

BARBOSA SILVA, Ana Beatriz. Mentas perigosas: o psicopata mora ao lado. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

Falas da Dra. Ana Beatriz (excesso, escassez, prosperidade, ansiedade)

VERMONT, Andrea; BARBOSA, Ana Beatriz. Divã Podcast com Andrea Vermont #1 – Ana Beatriz Barbosa. YouTube, 18 fev. 2026. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=o5T4QnQe5Os>. Acesso em: 5 mar. 2026.

PODPEOPLE. Dinheiro não traz felicidade: a depressão dos ricos – PodPeople Inverso com Dra. Ana Beatriz #007. YouTube, 23 set. 2025. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DtclHGLV2CY>. Acesso em: 5 mar. 2026.

PODCAST AMIGA, FAZ PARTE. Porque é que estamos todos tão ansiosos e desligados – Ana Beatriz Barbosa. YouTube, 24 maio 2025. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aJkc6WwHnZI>. Acesso em: 5 mar. 2026.

Artigos e textos sobre ansiedade, jovens e cultura de pressão

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Aumento de casos de ansiedade entre jovens abre espaço para desafios e iniciativas de prevenção. Jornal da USP, São Paulo, 10 fev. 2025. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/aumento-de-casos-de-ansiedade-entre-jovens-abre-espaco-para-desafios-e-iniciativas-de-prevencao/>. Acesso em: 5 mar. 2026.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Fim de ano traz uma pressão

invisível sobre os jovens. *Jornal da USP*, São Paulo, 15 dez. 2025. Disponível em: <https://jornal.usp.br/campus-ribeirao-preto/fim-de-ano-traz-uma-pessao-invisivel-sobre-os-jovens/>. Acesso em: 5 mar. 2026.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. Ansiedade entre adolescentes dobra em dez anos no Brasil. São Paulo, 22 set. 2024. Disponível em: <https://hospitalsiriolibanes.org.br/imprensa/ansiedade-entre-adolescentes-dobra-em-dez-anos-no-brasil>. Acesso em: 5 mar. 2026.

PORTELLA, José Luiz. Sociedade em Foco #204: Aumento de ansiedade entre os jovens tem causas tecnológicas e sociais. *Jornal da USP* (podcast), 19 ago. 2024. Disponível em: <https://jornal.usp.br/podcast/sociedade-em-foco-204-aumento-de-ansiedade-entre-os-jovens-tem-causas-tecnologicas-e-sociais/>. Acesso em: 5 mar. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ansiedade: de 2014 a 2024, atendimento a crianças de 10 a 14 anos subiu quase 2.500%. Brasília, 29 jan. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2025/01/30/ansiedade-de-2014-a-2024-atendimento-a-criancas-de-10-a-14-anos-subiu-quase-2500.ghtml>. Acesso em: 5 mar. 2026.

Suicídio e ideação suicida em adolescentes e jovens

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Taxa de suicídio cresce 43% em uma década, no Brasil. Brasília, 18 maio 2025. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/eventos/taxa-de-suicidio-cresce-43-em-uma-decada-no-brasil/>. Acesso em: 5 mar. 2026.

ITATIAIA. Suicídio entre adolescentes no Brasil cresce 81% em uma década. Belo Horizonte, 20 set. 2025. Disponível em: <https://www.itatiaia.com.br/brasil/suicidio-entre-adolescentes-no-brasil-cresce-81-em-uma-decada>. Acesso em: 5 mar. 2026.

AGÊNCIA BRASIL. Estudo alerta para alta incidência de suicídio na adolescência. Brasília, 28 set. 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-09/brasil-registra-1000-suicidios-de-criancas-e-adolescentes-por-ano>. Acesso em: 5 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do suicídio: manual para conselheiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/d/saude/oms-manual-de-preven-c3-a7-c3-a3o-do-suic-c3-addio-para-conselheiros>. Acesso em: 5 mar. 2026.

Excesso digital, redes sociais e sofrimento psíquico

CNN BRASIL. Estudo alerta sobre riscos do excesso digital e suicídio entre adolescentes. São Paulo, 17 jun. 2025. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/estudo-alerta-sobre-riscos-do-excesso-digital-e-suicidio-entre-adolescentes/>. Acesso em: 5 mar. 2026.

G1. RMC tem alta nos atendimentos de saúde mental a adolescentes da rede pública. Campinas, 13 jun. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2025/06/14/atendimentos-de-saude-mental-aumentam-39percent-entre-adolescentes-da-rmc.ghtml>. Acesso em: 5 mar. 2026.

Vazio existencial, modernidade e sofrimento

GOMES, L. S.; CARVALHO, T. A.; SILVA, M. V. Vazio existencial e sofrimento psíquico na vida contemporânea. Cadernos de Psicologia, Juiz de Fora, UniAcademia, 2021. Disponível em: <http://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/viewFile/3160/2160>. Acesso em: 5 mar. 2026.

REVISTA FT. As faces do vazio existencial na modernidade líquida: uma aproximação conceitual. Revista FT, 22 abr. 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/as-faces-do-vazio-existencial-na-modernidade-liquida-uma-aproximacao-conceitual/>. Acesso em: 5 mar. 2026.

Pertencimento, espiritualidade e proteção

REVISTA FT. Espiritualidade como fator de proteção do suicídio. Revista FT, 12 maio 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/espiritualidade-como-fator-de-protecao-do-suicidio/>. Acesso em: 5 mar. 2026.

SILVA, J. R. *et al.* Pertencimento religioso e saúde mental na juventude contemporânea. *Numen: Revista de Estudos e Pesquisa da Religião*, Juiz de Fora, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/numen/article/download/49102/29999/228544>. Acesso em: 5 mar. 2026.

CAPÍTULO 05

MATERNIDADE REAL: BABY BLUES, DEPRESSÃO PÓS- PARTO E AMBIVALÊNCIAS

Jammille Barreto Andrade
Bruno Borges Pereira
Yasmim Victoria Araújo Mendes
Angelita Monique Silva Marques
Cauê Marques Paim Suzart
Dilton Jacobina Mesquita Neto

A MATERNIDADE IDEALIZADA X A MATERNIDADE POSSÍVEL

Todo mundo vê o story da mãe perfeita: bebê dormindo no carrinho de luxo, ela sorrindo com filtro *glow*, legendas “maior amor do mundo”. Mas, por trás da tela, muitas mães choram escondidas no banheiro, com seios rachados, bebê chorando por quatro horas seguidas, parceiro dormindo e família perguntando: “tá tudo bem?”. A Dra. Ana Beatriz, no Divã Podcast, descreve: “Maternidade é ambivalência pura — amor e raiva, alegria e exaustão. Idealizar gera culpa intensa” (Vermont; Barbosa, 2026).

A maternidade costuma ser apresentada como um estado de plenitude imediata: o nascimento do bebê seria automaticamente acompanhado por uma explosão de amor incondicional, felicidade contínua e realização plena. Essa imagem é reforçada por discursos culturais e religiosos que associam a “boa mãe” à disponibilidade total, à paciência infinita e à abnegação permanente, como se o cuidado materno fluísse de maneira espontânea e sem conflitos internos (Silva *et al.*, 2025). Nas redes sociais, essa idealização ganha contornos ainda mais rígidos: corpos rapidamente “recuperados”, casas organizadas, bebês tranquilos e legendas que enfatizam apenas o “maior amor do mundo”, silenciando cansaço, ambivalência e sofrimento.

A literatura, porém, demonstra que o puerpério é um período marcado por intensas transformações físicas, emocionais e sociais, no qual a experiência real da maternidade se distancia significativamente desse modelo idealizado (Lebel *et al.*, 2021). Após o parto, a mulher precisa lidar

simultaneamente com dor, cicatrização, privação de sono, alterações hormonais abruptas, reorganização da rotina e redefinição de papéis sociais e identitários, passando do “eu mulher” ao “eu mãe” em um intervalo curto de tempo (Lebel *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2025). Esse processo de transição pode despertar sentimentos ambivalentes, nos quais alegria pela chegada do bebê convive com medo, tristeza, irritabilidade, sensação de perda de liberdade e estranhamento em relação ao próprio corpo e à própria vida (Hanach *et al.*, 2024).

Essas emoções são frequentes e esperadas, mas nem sempre são reconhecidas como legítimas. Diversos estudos relatam que sentimentos de ambivalência, insegurança e exaustão tendem a ser naturalizados como se fizessem parte da “normalidade” materna, o que leva muitas mulheres a silenciar o próprio sofrimento por medo de serem julgadas como fracas ou “más mães” (Silva *et al.*, 2020; Hanach *et al.*, 2024). A pressão para corresponder ao ideal de maternidade plenamente feliz e equilibrada, somada à expectativa de desempenho perfeito em todos os papéis — mãe, esposa, trabalhadora e dona de casa — produz um campo fértil para culpa e sensação de inadequação (Silva *et al.*, 2025). Quando a experiência concreta inclui cansaço extremo, desejo de ter tempo para si, saudade da vida anterior ou irritação em situações de sobrecarga, muitas mulheres interpretam essas reações como falha moral, e não como respostas compreensíveis a um contexto exigente (Hanach *et al.*, 2024).

Nesse cenário, o *baby blues* aparece como uma expressão inicial da vulnerabilidade emocional do puerpério. Revisões indicam que a tristeza puerperal é extremamente comum entre o segundo e o décimo dia

após o parto, caracterizando-se por choro fácil, labilidade emocional, irritabilidade, ansiedade leve e hipersensibilidade (Norhayati *et al.*, 2015). Em geral, trata-se de uma condição leve e transitória, relacionada às mudanças hormonais abruptas, à privação de sono e à sobrecarga psíquica decorrente das novas responsabilidades (Norhayati *et al.*, 2015; Lebel *et al.*, 2021). No entanto, quando esses sintomas são desqualificados com frases como “isso é normal, toda mãe passa por isso” e não há espaço de escuta e apoio, o que poderia ser uma manifestação autolimitada pode se tornar marcador precoce para quadros depressivos mais graves (Zarroug *et al.*, 2025).

Os estudos também evidenciam que a idealização social da maternidade intensifica a culpa quando há ambivalência afetiva. Mulheres relatam amar e agradecer pela chegada do bebê, mas, ao mesmo tempo, sentir irritação, frustração, vontade de se afastar por alguns momentos ou saudade da autonomia de antes (Hanach *et al.*, 2024). Como esses sentimentos entram em conflito com a imagem de mãe sempre feliz e disponível, muitas passam a escondê-los, o que aumenta a solidão e dificulta a busca por ajuda. Zarroug *et al.* (2025), ao investigar as primeiras semanas após o parto, descrevem a combinação de tristeza persistente, sensação de sobrecarga e ambivalência em relação ao papel materno como sinais importantes de vulnerabilidade psíquica que exigem atenção precoce.

Além dos aspectos emocionais, há determinantes estruturais que afastam ainda mais a maternidade real daquela que é idealizada. Pesquisas apontam que a mulher é, em grande parte dos contextos, a principal

responsável pelas tarefas de cuidado com o bebê e pela manutenção da casa, frequentemente sem reconhecimento proporcional ou divisão justa com o parceiro (Walker *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2020). Em situações de desemprego, insegurança financeira, moradia precária e dificuldade de acesso a serviços de saúde, a pressão cotidiana se intensifica, limitando o tempo e a energia disponíveis para o autocuidado e aumentando o risco de sofrimento psíquico (Moura *et al.*, 2025; Jacobs *et al.*, 2023). Quando, além disso, a rede de apoio familiar e comunitária é frágil ou inexistente, a mulher tende a se perceber como única responsável por “dar conta de tudo”, o que favorece quadros de hiperresponsabilização, exaustão emocional e sentimento de fracasso (Jacobs *et al.*, 2023).

Outro elemento relevante é a forma como os serviços de saúde respondem a esse sofrimento. Há evidências de que queixas emocionais ainda são frequentemente minimizadas por profissionais, com respostas que reforçam a normalização (“isso passa”, “é assim mesmo”), em vez de legitimar a dor e investigar a intensidade dos sintomas (Silva *et al.*, 2020). Essa postura contribui para que a mulher não se reconheça como alguém que pode estar adoecendo e postergue a procura por apoio especializado. Em contrapartida, estudos indicam que intervenções breves de escuta qualificada e educação em saúde mental perinatal, aliadas ao encaminhamento oportuno para suporte psicológico, funcionam como importantes dispositivos de proteção (Corbally; Wilkinson, 2021; Landa *et al.*, 2022).

Assim, ao contrastarmos a maternidade idealizada — plena, linear e sem conflitos — com a maternidade possível, descrita pela literatura

contemporânea, observa-se um cenário de ambivalência e vulnerabilidade que precisa ser reconhecido e legitimado. A mulher não adocece por fraqueza ou incapacidade, mas porque vivencia essa experiência em um contexto que acumula exigências corporais, psíquicas, sociais e econômicas, ao mesmo tempo em que restringe espaços para expressão do sofrimento sem julgamento. Desconstruir o mito da mãe sempre feliz constitui passo fundamental para abrir espaço à maternidade real, na qual amor e exaustão podem coexistir, e na qual pedir ajuda deve ser compreendido como gesto de cuidado, e não como falha.

5.2 BABY BLUES: TRISTEZA PUERPERAL TRANSITÓRIA E MUITO FREQUENTE

Entre as primeiras manifestações emocionais do puerpério, o *baby blues* ocupa um lugar central na literatura científica e na prática clínica. Trata-se de uma condição amplamente descrita como um quadro leve, transitório e de alta prevalência, que surge tipicamente entre o segundo e o décimo dia após o parto, período no qual o organismo materno enfrenta uma reorganização intensa em múltiplos níveis (Norhayati *et al.*, 2015). Embora seja frequentemente considerado um fenômeno “esperado”, sua compreensão exige cuidado, uma vez que ele se insere em um contexto de vulnerabilidade emocional significativa.

Os sintomas mais comuns incluem choro fácil, labilidade emocional, irritabilidade, ansiedade leve, hipersensibilidade e dificuldade de concentração (Lebel *et al.*, 2021). Muitas mulheres relatam sentir-se emocionalmente instáveis, alternando rapidamente entre momentos de alegria e tristeza, sem uma causa aparente claramente identificável. Essa

instabilidade pode ser vivenciada com estranhamento, especialmente quando entra em contraste com a expectativa social de felicidade contínua após o nascimento do bebê. Em alguns casos, a mulher pode se perceber mais sensível a estímulos cotidianos, reagindo de forma intensa a situações que, anteriormente, não provocariam o mesmo impacto emocional.

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva interpreta o *baby blues* como uma resposta adaptativa do organismo diante de uma combinação de fatores biológicos e ambientais que atuam simultaneamente. Segundo a autora, “é como se o sistema nervoso, treinado para alerta, entrasse em sobrecarga com privação de sono, alterações hormonais abruptas e demanda constante do bebê” (Vermont; Barbosa, 2026). Essa leitura permite compreender o fenômeno não como uma falha individual, mas como um estado transitório de reorganização, no qual o corpo e a mente estão tentando se ajustar a uma nova realidade.

Do ponto de vista fisiológico, o *baby blues* está fortemente associado à queda abrupta dos níveis de estrogênio e progesterona após o parto, alterações que impactam diretamente sistemas neuroquímicos relacionados à regulação do humor (Norhayati *et al.*, 2015). Soma-se a isso a privação de sono, que interfere na estabilidade emocional e na capacidade de regulação do estresse, além da ativação contínua do sistema nervoso em resposta às demandas do recém-nascido (Lebel *et al.*, 2021). Essa combinação cria um cenário no qual o organismo se encontra mais reativo e menos capaz de manter equilíbrio emocional estável.

Entretanto, embora o *baby blues* seja frequentemente descrito como autolimitado, sua evolução não depende apenas de fatores

biológicos. O contexto em que a mulher está inserida desempenha papel decisivo na forma como essa experiência será vivida. Quando há acolhimento, suporte emocional, divisão de tarefas e validação do sofrimento, esse período tende a ser atravessado como uma fase de adaptação, com resolução progressiva dos sintomas. Por outro lado, quando ocorre em contextos de solidão, sobrecarga, críticas ou ausência de apoio, o quadro pode se intensificar e persistir além do esperado (Zarroug *et al.*, 2025).

Outro aspecto relevante é a forma como o *baby blues* é interpretado socialmente. Frases como “isso é normal, toda mãe passa por isso” podem ter efeito ambivalente: por um lado, podem oferecer algum alívio ao normalizar a experiência; por outro, podem deslegitimar o sofrimento quando impedem que a mulher expresse sua dor ou busque ajuda. Essa banalização pode dificultar a identificação de sinais de agravamento, especialmente quando os sintomas começam a se intensificar em frequência ou duração.

A literatura aponta que, embora o *baby blues* não configure, por si só, um transtorno psiquiátrico, ele pode atuar como marcador precoce de vulnerabilidade para quadros mais graves, como a depressão pós-parto (Norhayati *et al.*, 2015; Zarroug *et al.*, 2025). Mulheres que apresentam sintomas mais intensos, persistentes ou associados a sentimentos de desesperança e incapacidade podem necessitar de acompanhamento mais próximo, a fim de evitar evolução para condições mais severas.

Além disso, fatores psicossociais desempenham papel importante na modulação dessa experiência. A presença de conflitos conjugais,

dificuldades financeiras, histórico prévio de sofrimento psíquico e ausência de rede de apoio podem contribuir para a intensificação dos sintomas. Da mesma forma, expectativas irreais em relação à maternidade e à própria capacidade de cuidar do bebê podem aumentar a autocrítica e a sensação de inadequação, amplificando o sofrimento emocional.

No contexto brasileiro, essas questões podem ser ainda mais complexas, especialmente em cenários marcados por desigualdade social e acesso limitado a serviços de saúde. A dificuldade de acesso a acompanhamento psicológico no período perinatal, somada à sobrecarga de responsabilidades atribuídas à mulher, pode dificultar o reconhecimento e o manejo adequado do *baby blues*. Em muitos casos, a mulher atravessa esse período sem suporte profissional, apoiando-se apenas em redes informais, que nem sempre estão preparadas para acolher esse tipo de demanda.

Diante desse cenário, torna-se fundamental ampliar a compreensão do *baby blues* para além da ideia de um evento “normal” e sem relevância clínica. Embora seja uma condição frequente e, na maioria dos casos, transitória, ela representa um momento de vulnerabilidade que exige atenção, escuta e suporte. Intervenções simples, como validação emocional, orientação sobre o puerpério, incentivo ao descanso e fortalecimento da rede de apoio, podem desempenhar papel importante na prevenção de agravamentos.

Assim, o *baby blues* deve ser compreendido como um ponto de transição: um estado intermediário entre adaptação e risco, no qual a forma como a mulher é acolhida pode influenciar significativamente sua

trajetória emocional nas semanas e meses subsequentes. Reconhecer, nomear e legitimar essa experiência constitui passo fundamental para a construção de um cuidado mais humano e efetivo na saúde mental materna.

5.3 DEPRESSÃO PÓS-PARTO: QUANDO A DOR ULTRAPASSA O ESPERADO

A depressão pós-parto configura-se como uma das principais complicações psiquiátricas do período perinatal, caracterizando-se pela persistência e intensificação de sintomas emocionais que ultrapassam o esperado para o puerpério. Diferentemente do *baby blues*, que tende a ser autolimitado e de curta duração, a depressão pós-parto apresenta maior intensidade clínica, podendo surgir entre a segunda e a sexta semana após o parto e persistir por meses, ou até mais, quando não reconhecida e tratada adequadamente (Guan *et al.*, 2025; Lebel *et al.*, 2021).

Os sintomas mais frequentemente descritos incluem tristeza persistente, perda de interesse ou prazer em atividades anteriormente valorizadas (anedonia), sensação de culpa excessiva, fadiga intensa, alterações no sono — que podem ocorrer independentemente do padrão de sono do bebê — e pensamentos recorrentes relacionados à morte ou à própria inexistência (Norhayati *et al.*, 2015). Em alguns casos, a mulher pode apresentar dificuldade de estabelecer vínculo com o bebê, sensação de vazio emocional, irritabilidade acentuada e percepção de incapacidade para exercer o papel materno. Esses sintomas não apenas impactam o bem-estar da mulher, mas também podem interferir na dinâmica familiar e no desenvolvimento inicial da criança.

A literatura aponta que a depressão pós-parto não decorre de um

único fator, mas de uma interação complexa entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Do ponto de vista biológico, as alterações hormonais abruptas que ocorrem após o parto — especialmente a queda nos níveis de estrogênio e progesterona — podem influenciar sistemas neuroquímicos envolvidos na regulação do humor. No entanto, essas alterações, isoladamente, não explicam o quadro, sendo moduladas por fatores individuais e contextuais (Lebel *et al.*, 2021).

Entre os fatores psicológicos, destacam-se histórico prévio de transtornos mentais, traumas anteriores, dificuldades de adaptação à maternidade e expectativas irreais em relação ao papel materno. Mulheres que já apresentaram episódios de depressão ou ansiedade antes da gestação tendem a apresentar maior vulnerabilidade no período pós-parto. Além disso, experiências negativas durante a gestação ou no parto, como complicações obstétricas ou vivências percebidas como traumáticas, podem contribuir para o desenvolvimento do quadro (Moura *et al.*, 2025; Jacobs *et al.*, 2023).

Os fatores sociais também exercem influência significativa. A ausência de rede de apoio, conflitos conjugais, sobrecarga de responsabilidades e condições socioeconômicas desfavoráveis podem intensificar o sofrimento emocional. Em muitos contextos, a mulher assume simultaneamente múltiplas funções — cuidado com o bebê, manutenção da casa, retorno ao trabalho — sem suporte adequado, o que contribui para a sensação de esgotamento e isolamento. A idealização da maternidade, amplamente disseminada socialmente, também pode atuar como fator de risco, ao gerar discrepância entre a expectativa de felicidade

plena e a experiência real, marcada por ambivalência e cansaço (Silva *et al.*, 2025).

No Brasil, estudos indicam prevalência de depressão pós-parto variando entre 10% e 26%, podendo alcançar valores mais elevados em populações em situação de vulnerabilidade social (USP, 2023). Esses números evidenciam a relevância do problema como questão de saúde pública, especialmente quando se considera o impacto da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil, incluindo aspectos emocionais, cognitivos e relacionais.

Outro ponto importante refere-se ao reconhecimento do quadro. Muitas mulheres não identificam seus sintomas como sinais de adoecimento, interpretando-os como falha pessoal ou incapacidade de se adaptar à maternidade. Essa percepção é frequentemente reforçada por discursos sociais que minimizam o sofrimento ou o atribuem a uma suposta falta de preparo emocional. Como consequência, a busca por ajuda pode ser postergada, o que favorece a cronificação dos sintomas e aumenta o risco de agravamento.

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva enfatiza que a depressão pós-parto não deve ser compreendida como ausência de amor pelo filho, mas como uma condição clínica que afeta a capacidade da mulher de acessar e sustentar esse vínculo de forma estável. Essa distinção é fundamental para reduzir o estigma e favorecer o acolhimento. Ao legitimar o sofrimento, cria-se espaço para que a mulher possa reconhecer sua condição e buscar apoio adequado (Vermont; Barbosa, 2026).

Do ponto de vista assistencial, o manejo da depressão pós-parto

requer abordagem integrada. Intervenções psicoterapêuticas, especialmente aquelas voltadas para a regulação emocional e a elaboração da experiência materna, podem contribuir significativamente para a recuperação. Em casos moderados a graves, a utilização de farmacoterapia pode ser indicada, sempre considerando os riscos e benefícios no contexto da amamentação e da saúde da mãe e do bebê. A decisão terapêutica deve ser individualizada, levando em conta a intensidade dos sintomas, o histórico clínico e as condições de suporte disponíveis.

A presença de uma rede de apoio consistente constitui um dos principais fatores de proteção. O envolvimento do parceiro, da família e de profissionais de saúde pode reduzir a sobrecarga e favorecer a recuperação. Além disso, estratégias como garantia de períodos de descanso, divisão de tarefas e validação emocional mostram-se relevantes no manejo do quadro. Intervenções precoces, especialmente durante o pré-natal e nas primeiras semanas após o parto, têm potencial para reduzir a incidência e a gravidade da depressão pós-parto (Corbally; Wilkinson, 2021; Landa *et al.*, 2022).

Por fim, é importante compreender que a depressão pós-parto não se limita ao período imediato após o nascimento, podendo se estender ao longo do primeiro ano de vida da criança ou além, especialmente quando não tratada. A ampliação do olhar para a saúde mental materna, incluindo rastreamento sistemático, escuta qualificada e acesso a tratamento, constitui elemento central para a promoção do cuidado integral.

Assim, a depressão pós-parto deve ser entendida não como exceção, mas como uma possibilidade real dentro do espectro da experiência materna, exigindo reconhecimento, acolhimento e intervenção

adequada. Ao deslocar a narrativa da culpa para a compreensão clínica, abre-se espaço para um cuidado mais humano, que considera a mulher em sua totalidade — biológica, psicológica e social.

5.4 CULPA MATERNA, AMBIVALÊNCIA E SOLIDÃO NO PUEPÉRIO

A ambivalência emocional constitui um elemento central da experiência materna, especialmente no período do puerpério. Diferentemente da imagem socialmente difundida de uma maternidade linear e plenamente satisfatória, a literatura aponta que sentimentos contraditórios — como amor e exaustão, alegria e irritação, vínculo e desejo de afastamento — coexistem de forma frequente e fazem parte do processo de adaptação à nova realidade (Lebel *et al.*, 2021). Essa ambivalência não deve ser interpretada como sinal de inadequação, mas como expressão da complexidade psíquica envolvida na transição para o papel materno.

D. W. Winnicott contribui para essa compreensão ao propor o conceito de “mãe suficientemente boa”, que não se define pela perfeição, mas pela capacidade de adaptação progressiva às necessidades do bebê, preservando, ao mesmo tempo, aspectos de sua própria subjetividade (Winnicott, 1960).

Nesse modelo, falhas moderadas e reparáveis fazem parte do processo de desenvolvimento tanto da mãe quanto da criança. No entanto, essa concepção contrasta com os ideais contemporâneos de maternidade, que frequentemente exigem desempenho constante, disponibilidade integral e ausência de erros, produzindo um cenário no qual a mulher se

sente permanentemente avaliada.

A culpa materna emerge, nesse contexto, como um dos principais eixos de sofrimento psíquico. Quando a experiência real — marcada por cansaço, frustração e limites — entra em conflito com a imagem idealizada de maternidade, muitas mulheres passam a interpretar suas dificuldades como falha pessoal. Pensamentos como “eu deveria dar conta de tudo”, “não posso me irritar” ou “se estou cansada, é porque não sou uma boa mãe” tornam-se frequentes, reforçando padrões de autocritica e inadequação (Silva *et al.*, 2025). Essa internalização de expectativas irreais contribui para a intensificação do sofrimento emocional e para a dificuldade de buscar ajuda.

A ambivalência, quando não reconhecida e legitimada, pode ser vivida como algo inaceitável, levando ao silenciamento das emoções consideradas “negativas”. Muitas mulheres relatam evitar expressar irritação, tristeza ou desejo de afastamento por medo de julgamento social ou de serem vistas como incapazes. Esse processo de supressão emocional tende a aumentar a tensão psíquica, dificultando a elaboração dos sentimentos e contribuindo para quadros de ansiedade e depressão (Hanach *et al.*, 2024).

A solidão no puerpério constitui outro elemento relevante nesse cenário. Apesar de a maternidade ser frequentemente representada como experiência coletiva e compartilhada, muitas mulheres vivenciam esse período de forma isolada. A redução das redes comunitárias tradicionais, a distância de familiares e a sobrecarga de tarefas podem limitar as oportunidades de troca e apoio. Mesmo quando há presença de outras

pessoas, a falta de escuta qualificada pode gerar sensação de incompreensão, como se o sofrimento não encontrasse espaço legítimo de expressão.

Estudos indicam que a ausência de rede de apoio está associada a maior risco de sofrimento psíquico no puerpério, incluindo sintomas depressivos e ansiosos (Silva *et al.*, 2020). A sobrecarga de responsabilidades, especialmente quando concentrada exclusivamente na mulher, contribui para o esgotamento físico e emocional. A privação de sono, característica desse período, intensifica esse quadro ao reduzir a capacidade de regulação emocional e aumentar a reatividade a estímulos cotidianos.

No contexto brasileiro, fatores como desigualdade social, instabilidade econômica e acúmulo de funções podem agravar a experiência de solidão. Muitas mulheres enfrentam o puerpério sem suporte adequado, conciliando cuidado com o bebê, tarefas domésticas e, em alguns casos, trabalho remunerado, o que amplia a sensação de exaustão e isolamento. A idealização da maternidade, amplamente difundida em redes sociais e discursos culturais, contribui para esse cenário ao criar um padrão inalcançável que reforça a comparação e a autocrítica.

A teoria psicanalítica também oferece contribuições importantes para a compreensão da ambivalência materna. Freud já apontava a coexistência de sentimentos contraditórios nas relações humanas, enquanto autores posteriores aprofundaram a ideia de que o vínculo materno não se constrói de forma instantânea e homogênea, mas ao longo

do tempo, por meio de experiências compartilhadas. Nesse sentido, a presença de sentimentos ambivalentes não compromete, por si só, a qualidade do vínculo, desde que exista espaço para elaboração e reparação.

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva destaca que reconhecer a ambivalência como parte da maternidade constitui passo fundamental para reduzir a culpa e favorecer o cuidado em saúde mental. Ao compreender que sentimentos como cansaço, irritação e desejo de pausa são compatíveis com o amor pelo filho, a mulher pode se autorizar a vivenciar sua experiência de forma mais autêntica, sem a necessidade de sustentar uma imagem idealizada (Vermont; Barbosa, 2026).

Diante desse cenário, estratégias de intervenção devem incluir não apenas o manejo de sintomas, mas também a validação da experiência materna. A escuta qualificada, realizada por profissionais de saúde ou por redes de apoio, permite que a mulher nomeie e compreenda seus sentimentos, reduzindo a sensação de isolamento. Grupos de apoio entre mães, por exemplo, têm se mostrado espaços relevantes de troca, nos quais a identificação com outras experiências contribui para a normalização da ambivalência e para o fortalecimento emocional.

Além disso, a divisão de responsabilidades no cuidado com o bebê e nas tarefas domésticas constitui elemento essencial para reduzir a sobrecarga. A participação ativa do parceiro e da rede familiar não apenas alivia o trabalho físico, mas também sinaliza reconhecimento e compartilhamento do cuidado, fatores que impactam positivamente a saúde mental materna.

Por fim, a desconstrução da maternidade idealizada se apresenta

como eixo fundamental para a promoção de saúde mental no puerpério. Ao substituir a exigência de perfeição pela noção de cuidado possível, cria-se espaço para uma maternidade mais realista, na qual erros, limites e ambivalências são reconhecidos como parte do processo. Nesse contexto, a mulher deixa de ser avaliada a partir de padrões inalcançáveis e passa a ser compreendida em sua singularidade, o que favorece a construção de uma experiência materna mais saudável e sustentável ao longo do tempo.

5.5 FATORES PROTETIVOS: REDE DE APOIO E CUIDADO INTEGRAL

Diante da complexidade emocional, física e social que caracteriza o puerpério, a identificação de fatores protetivos torna-se elemento central na promoção da saúde mental materna. A literatura contemporânea é consistente ao apontar que a presença de suporte social adequado constitui um dos principais determinantes de desfechos positivos nesse período (Brown; Smith; Taylor, 2024). Diferentemente de abordagens centradas exclusivamente no indivíduo, o cuidado em saúde mental perinatal exige uma compreensão ampliada, que considere a mulher inserida em uma rede de relações, condições materiais e contextos culturais específicos.

A rede de apoio pode assumir diferentes configurações, incluindo parceiros, familiares, amigos, profissionais de saúde e grupos comunitários. O elemento central não é apenas a presença física dessas pessoas, mas a qualidade do suporte oferecido. Apoio emocional — caracterizado por escuta, validação e ausência de julgamento — mostra-se particularmente relevante, pois permite à mulher expressar ambivalências, inseguranças e dificuldades sem receio de estigmatização. Esse tipo de

acolhimento contribui para a redução da sobrecarga psíquica e favorece a elaboração das experiências vividas.

Além do suporte emocional, o apoio instrumental desempenha papel fundamental. A divisão de tarefas relacionadas ao cuidado com o bebê e à manutenção da casa reduz a carga física e mental sobre a mulher, permitindo períodos de descanso e recuperação. Estudos indicam que a participação ativa do parceiro está associada a melhores indicadores de saúde mental materna, incluindo menor prevalência de sintomas depressivos e ansiosos (Brown; Smith; Taylor, 2024). Essa participação não se limita à execução de tarefas, mas envolve responsabilização pelo cuidado, o que impacta diretamente a percepção de suporte e pertencimento.

Grupos de apoio entre mães também têm sido descritos como dispositivos importantes de proteção. Nesses espaços, a troca de experiências favorece a identificação e a normalização de sentimentos frequentemente vividos de forma isolada. Ao perceber que outras mulheres compartilham dificuldades semelhantes, a mãe pode reduzir a autocrítica e a sensação de inadequação, fortalecendo recursos emocionais para lidar com o puerpério (Němcová *et al.*, 2024). Além disso, esses grupos funcionam como ambientes de construção de vínculo social, elemento fundamental na prevenção do isolamento.

O cuidado integral envolve também a atenção às necessidades físicas da mulher. A manutenção de padrões adequados de sono, ainda que fragmentados, a alimentação regular e o acompanhamento médico constituem aspectos essenciais para a estabilidade emocional. A privação

de sono, comum nesse período, está associada a maior irritabilidade, dificuldade de regulação emocional e aumento do risco de sintomas depressivos, o que reforça a importância de estratégias que possibilitem momentos de descanso, como o revezamento de cuidados com o bebê.

A dimensão psicológica do cuidado inclui intervenções voltadas para a regulação emocional e para a elaboração da experiência materna. A psicoterapia pode oferecer espaço estruturado de escuta, permitindo à mulher compreender seus sentimentos, ressignificar expectativas e desenvolver estratégias de enfrentamento. Intervenções breves, realizadas ainda no pré-natal ou nas primeiras semanas após o parto, têm demonstrado eficácia na redução de sintomas e na prevenção de agravamentos (Tomaz *et al.*, 2025).

A espiritualidade, quando vivenciada de forma integrada e não impositiva, também pode atuar como fator de proteção. Estudos indicam que práticas espirituais associadas a senso de pertencimento e significado podem contribuir para a resiliência emocional, oferecendo suporte simbólico diante de situações de sofrimento (Kurniasari; Khoirunnisa, 2024). Nesse contexto, a espiritualidade não substitui intervenções clínicas, mas pode complementar o cuidado ao ampliar as formas de enfrentamento disponíveis.

No âmbito institucional, a atuação dos serviços de saúde é determinante. A escuta qualificada por parte de profissionais, a realização de rastreamento sistemático de sintomas emocionais e o encaminhamento oportuno para acompanhamento especializado constituem estratégias fundamentais. A integração entre diferentes níveis de atenção — incluindo

atenção primária, serviços especializados e suporte comunitário — favorece a continuidade do cuidado e reduz lacunas assistenciais.

No contexto brasileiro, a implementação dessas estratégias enfrenta desafios relacionados à desigualdade de acesso e à sobrecarga dos serviços de saúde. No entanto, iniciativas voltadas para a ampliação do cuidado perinatal, incluindo programas de apoio psicológico e fortalecimento da atenção básica, têm potencial para melhorar os desfechos em saúde mental materna. A valorização de práticas de cuidado centradas na mulher, que considerem suas condições reais de vida, constitui passo importante nesse processo.

Por fim, a construção de sentido emerge como elemento integrador dessas diferentes dimensões. Viktor Frankl propõe que a atribuição de significado às experiências, inclusive às mais desafiadoras, pode contribuir para a sustentação emocional do indivíduo (Frankl, 1946). No contexto da maternidade, a possibilidade de compreender o puerpério como um processo, e não como um estado ideal a ser atingido, permite à mulher situar seu sofrimento dentro de uma narrativa mais ampla, reduzindo a sensação de fracasso.

Assim, os fatores protetivos em saúde mental materna não se restringem a intervenções pontuais, mas configuram um sistema de sustentação que envolve suporte social, cuidado físico, acompanhamento psicológico, condições materiais adequadas e construção de sentido. A articulação entre esses elementos possibilita não apenas a redução do sofrimento, mas a construção de uma experiência materna mais equilibrada, na qual a mulher possa exercer seu papel sem abrir mão de

sua própria existência subjetiva.

REFERÊNCIAS

BROWN, L.; SMITH, J.; TAYLOR, A. Social support and maternal psychological well-being during the postpartum period. **BMC Psychology**, v. 12, n. 3, p. 245–259, 2024.

CORBALLY, L.; WILKINSON, M. The effect of mindfulness-based interventions on stress, depression and anxiety during the perinatal period in women without pre-existing stress, depressive or anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. **Archives of Women's Mental Health**, v. 24, n. 5, p. 713–727, 2021.

GUAN, L. N. *et al.* Research progress in the treatment of postpartum depression. **Cellular and Molecular Neurobiology**, v. 45, n. 1, p. 1–12, 2025.

HANACH, N.; RADWAN, H.; BANI ISSA, W.; ROBA, S. Postpartum mental health and the role of social support: a cross-cultural perspective. **Midwifery**, v. 127, 104114, 2024.

JACOBS, M.; LEE, D.; PARK, H. Social isolation and the impact of lack of support on postpartum depression symptoms. **Women's Health Journal**, v. 19, n. 4, p. 199–213, 2023.

KHADEMI, K.; KAVEH, M. Perceived social support and psychological well-being among postpartum women. **BMC Psychology**, v. 12, n. 5, p. 412–423, 2024.

KURNIASARI, P.; KHOIRUNNISA, E. Coping and emotional regulation strategies among postpartum women in Indonesia. **Jurnal Smart Kebidanan**, v. 11, n. 2, p. 87–96, 2024.

LEBEL, C.; MACKINNON, A.; BAGSHAW, M.; TOMFOHR-MADSEN, L.; GIESBRECHT, G. Elevated depression and anxiety among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. **Journal of Affective Disorders**, v. 277, p. 5–13, 2021.

MOURA, J. T. G.; LUCIETTI, M. L.; DE BORTOLI, C. F. C. Prevalência

e fatores associados à depressão pós-parto em puérperas atendidas na atenção primária à saúde. **Revista Delos**, v. 7, n. 1, p. 14–29, 2025.

NĚMCOVÁ, H.; HRDLIČKOVÁ, K.; KUKLOVÁ, M.; HORÁKOVÁ, A. Peer support programs and maternal mental health outcomes in postpartum women. **European Psychiatry**, v. 72, n. 2, p. 221–233, 2024.

NORHAYATI, M. N.; HAZLINA, N. H.; ASRENEE, A. R.; EMILIN, W. M. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. **Journal of Affective Disorders**, v. 175, p. 34–52, 2015.

SILVA, A. R.; OLIVEIRA, M. S.; SANTOS, L. F. Maternal mental health and emotional care in postpartum women. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 4, p. 123–131, 2020.

SILVA, L. S. *et al.* Representações sociais da maternidade em contexto pandêmico. **Revista Interamericana de Psicología**, v. 59, e2017, 2025.

TOMAZ, R. G. O.; BRITO, A. P. A.; RIESCO, M. L. G. Educação dos profissionais de enfermagem sobre saúde mental puerperal: estudo antes e depois. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 46, e20250012, 2025.

VERMONT, A.; BARBOSA, A. B. **Divã Podcast com Andrea Vermont #1 – Ana Beatriz Barbosa**. YouTube, 19 fev. 2026. Disponível em: <https://youtu.be/o5T4QnQe5Os>. Acesso em: 12 mar. 2026.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1990.

CAPÍTULO 06

AUTOCONHECIMENTO, ENVELHECIMENTO E REESCRITA DA PRÓPRIA HISTÓRIA

Angelita Monique Silva Marques
Camila Nascimento Ribeiro Borges
Maria Gabriella Ferreira Lopes
Yasmim Victoria Araújo Mendes
Jammille Barreto Andrade
Bruno Borges Pereira

6 .AUTOCONHECIMENTO, VIVÊNCIAS E SEUS IMPACTOS NO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento constitui uma etapa inevitável do ciclo vital humano, marcada por transformações biológicas, psicológicas e sociais profundas. Do ponto de vista fisiológico, o avanço da idade envolve mudanças progressivas no funcionamento do organismo, incluindo alterações metabólicas, redução da capacidade funcional e maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças crônicas.

No entanto, reduzir o envelhecimento apenas a um processo de declínio físico configura uma visão limitada e incompleta da experiência humana. A velhice também pode ser compreendida como um período de elaboração subjetiva, no qual o indivíduo revisita sua trajetória de vida, reorganiza valores e reinterpreta acontecimentos passados à luz da experiência acumulada.

Ao longo da história da psicologia, diversos autores destacaram que o envelhecimento pode favorecer processos de reflexão profunda sobre a própria existência. Com o passar dos anos, experiências vividas na juventude e na vida adulta passam a ser integradas em uma narrativa pessoal mais ampla. Sucessos e fracassos, escolhas acertadas ou equivocadas, perdas afetivas e conquistas profissionais deixam de ser episódios isolados e passam a compor uma história coerente sobre quem se tornou aquele sujeito.

Nesse sentido, a velhice pode representar um momento privilegiado de autoconhecimento. Diferentemente das fases iniciais da vida, frequentemente marcadas por pressões sociais, profissionais e

familiares intensas, o envelhecimento tende a oferecer maior espaço para a introspecção e para a avaliação da própria trajetória. A experiência acumulada permite observar o passado com maior distanciamento emocional, favorecendo a compreensão de eventos que anteriormente eram percebidos apenas como sofrimento ou fracasso.

Viktor Frankl, fundador da logoterapia, descreve esse movimento como um processo de reconstrução de sentido. Para o autor, a existência humana é orientada pela busca de significado, e cada etapa da vida oferece novas possibilidades de reinterpretar experiências passadas. Mesmo acontecimentos dolorosos podem adquirir novos sentidos quando inseridos em uma narrativa mais ampla de vida. Assim, o envelhecimento pode permitir que o indivíduo compreenda sua história não apenas a partir das perdas ou dificuldades vividas, mas também a partir do aprendizado e da transformação produzidos por essas experiências (Frankl, 1946).

Essa perspectiva existencial enfatiza que a vida humana não deve ser avaliada apenas pelos eventos que ocorreram, mas pela forma como esses eventos são interpretados e integrados à identidade pessoal. Ao revisitar o passado, muitas pessoas percebem que experiências anteriormente consideradas desprovidas de sentido contribuíram para a formação de valores, competências emocionais e decisões que definiram os rumos de suas trajetórias.

A psicologia analítica de Carl Gustav Jung também oferece contribuições relevantes para a compreensão do envelhecimento como processo de autoconhecimento. Para Jung, a segunda metade da vida tende a ser marcada por um movimento psicológico denominado individuação,

processo no qual o indivíduo busca integrar diferentes aspectos de sua personalidade e desenvolver uma identidade mais autêntica. Enquanto a juventude costuma ser orientada pela construção social da identidade — carreira, relacionamentos e reconhecimento externo —, a maturidade frequentemente convida o sujeito a voltar-se para o interior, buscando compreender dimensões mais profundas de sua própria existência (Jung, 1951).

Nesse processo, conteúdos inconscientes anteriormente ignorados ou reprimidos podem emergir com maior intensidade. Experiências passadas, memórias afetivas e conflitos internos tornam-se objeto de reflexão, possibilitando que o indivíduo compreenda melhor suas escolhas e emoções. A individuação, nesse sentido, não implica perfeição ou ausência de conflitos, mas a capacidade de reconhecer e integrar diferentes dimensões da própria personalidade.

Outro aspecto importante desse período é a possibilidade de reconciliação com a própria história. Muitas pessoas relatam que, ao envelhecer, passam a olhar para acontecimentos passados com maior compreensão e compaixão por si mesmas. Situações que antes eram interpretadas como erros irreparáveis podem ser ressignificadas como parte do processo de aprendizado humano. Essa mudança de perspectiva pode contribuir para a redução de sentimentos de culpa ou arrependimento que acompanharam o indivíduo durante diferentes fases da vida.

Do ponto de vista filosófico, Friedrich Nietzsche descreve esse movimento por meio do conceito de *amor fati*, expressão que significa “amar o próprio destino”. Para o filósofo, a maturidade envolve reconhecer

que a vida humana é composta por acontecimentos inevitáveis e que a sabedoria consiste em aceitar esses eventos como parte integrante da própria existência. Nesse sentido, o envelhecimento pode favorecer uma relação mais serena com a própria história, na qual sucessos e fracassos são compreendidos como elementos constitutivos da experiência humana.

No diálogo entre a psicanalista Andrea Vermont e a psiquiatra Ana Beatriz Barbosa Silva, observa-se reflexão semelhante sobre o papel do tempo na maturação psíquica. As autoras destacam que muitas angústias vividas durante a juventude e a vida adulta são reinterpretadas na maturidade como etapas de aprendizado e crescimento. Experiências inicialmente percebidas como sofrimento ou fracasso podem, com o passar do tempo, revelar-se fundamentais para o desenvolvimento emocional e para a construção da identidade pessoal.

Segundo as autoras, o tempo atua como agente de elaboração psíquica. Ao longo dos anos, acontecimentos são revisitados sob novas perspectivas, permitindo que o indivíduo compreenda melhor as circunstâncias que envolveram determinadas escolhas ou eventos. Esse processo pode favorecer uma relação mais pacífica com o próprio passado, reduzindo conflitos internos que anteriormente pareciam insolúveis (Vermont; Barbosa, 2026).

Nesse sentido, o envelhecimento não representa apenas um processo biológico de transformação do corpo, mas também um fenômeno psicológico e existencial profundamente significativo. A possibilidade de refletir sobre a própria trajetória, integrar experiências passadas e

reconstruir narrativas pessoais oferece ao indivíduo a oportunidade de reinterpretar sua história de forma mais ampla e coerente.

Assim, compreender o envelhecimento apenas como etapa de declínio ou perda de vitalidade significa ignorar uma dimensão fundamental da experiência humana. A velhice pode representar um período de síntese da vida vivida, no qual memórias, aprendizagens e valores se organizam em uma narrativa consistente sobre quem se foi, quem se é e quais significados ainda podem ser construídos.

6.1 O TEMPO COMO PROFESSOR: GANHOS DA MATURIDADE

A maturidade frequentemente proporciona uma compreensão mais ampla da própria existência. Ao longo do ciclo de vida, o indivíduo é progressivamente confrontado com experiências que desafiam suas expectativas iniciais sobre si mesmo e sobre o mundo. Frustrações, perdas afetivas, mudanças de rumo e limitações pessoais tornam-se elementos inevitáveis da trajetória humana. Embora essas experiências possam, inicialmente, gerar sofrimento, elas também constituem importantes oportunidades de aprendizado psicológico. Com o passar dos anos, muitos indivíduos desenvolvem maior capacidade de tolerar ambiguidades, reconhecer limites pessoais e lidar com as incertezas inerentes à existência.

A psicologia do desenvolvimento destaca que, em estágios mais avançados da vida, ocorre frequentemente um processo de revisão biográfica. Esse fenômeno envolve uma reflexão aprofundada sobre a própria história, na qual o indivíduo revisita acontecimentos passados, reinterpreta decisões tomadas e reavalia o significado das experiências

vividas.

Nesse movimento reflexivo, eventos que anteriormente eram percebidos como fracassos podem adquirir novos sentidos, sendo compreendidos como momentos de aprendizado ou etapas necessárias para o desenvolvimento pessoal. Da mesma forma, escolhas que, em determinado momento, pareceram equivocadas podem revelar-se fundamentais para a construção da identidade e dos valores do indivíduo.

Esse processo de revisão biográfica permite que a pessoa reorganize sua narrativa de vida de maneira mais integrada. Em vez de compreender a trajetória pessoal como uma sequência fragmentada de acontecimentos isolados, o indivíduo passa a reconhecer padrões, conexões e significados mais amplos entre diferentes momentos de sua história. A maturidade, nesse sentido, favorece a capacidade de olhar para o passado com maior distanciamento emocional e menor rigidez interpretativa.

Do ponto de vista filosófico, Friedrich Nietzsche descreve essa capacidade de aceitação e transformação da experiência por meio do conceito de *amor fati*, expressão latina que significa literalmente “amor ao destino”. Para o filósofo, a maturidade envolve a disposição de aceitar a vida em sua totalidade, incluindo tanto as experiências agradáveis quanto aquelas marcadas por sofrimento ou dificuldade. Em vez de negar ou lamentar acontecimentos inevitáveis, o indivíduo maduro tende a integrá-los como parte constitutiva de sua história pessoal (Nietzsche, 1888).

Essa perspectiva implica uma mudança significativa na relação que o sujeito estabelece com o passado. Em vez de permanecer preso ao

arrependimento ou à idealização de caminhos não seguidos, a maturidade permite reconhecer que cada experiência vivida contribuiu para a formação da identidade atual. O sofrimento, nesse contexto, deixa de ser interpretado exclusivamente como algo negativo e passa a ser compreendido também como potencial fonte de aprendizado e transformação.

Além disso, o envelhecimento pode favorecer o desenvolvimento de maior liberdade psicológica. Durante as fases iniciais da vida adulta, muitas decisões são fortemente influenciadas por expectativas sociais relacionadas ao sucesso profissional, à constituição de família e ao reconhecimento público. Com o passar dos anos, entretanto, parte dessas pressões tende a perder intensidade. Muitas pessoas relatam que, na maturidade, passam a sentir menor necessidade de aprovação externa e maior liberdade para viver de acordo com seus próprios valores e convicções.

Essa mudança pode estar associada ao processo de individuação descrito por Carl Gustav Jung. Segundo o autor, a individuação corresponde ao desenvolvimento progressivo da personalidade ao longo da vida, no qual o indivíduo busca integrar diferentes aspectos conscientes e inconscientes de sua identidade. Enquanto a juventude costuma ser orientada pela adaptação às demandas sociais e pela construção de papéis externos, a segunda metade da vida frequentemente envolve um movimento de interiorização, no qual o sujeito passa a explorar dimensões mais profundas de sua própria subjetividade (Jung, 1951).

Nesse processo, conteúdos psicológicos anteriormente ignorados

ou reprimidos podem emergir com maior clareza. Memórias, emoções e conflitos internos tornam-se objeto de reflexão e elaboração, permitindo que o indivíduo desenvolva uma compreensão mais ampla de si mesmo. A individuação não implica ausência de conflitos ou imperfeições, mas a capacidade de reconhecer e integrar diferentes dimensões da personalidade em uma identidade mais autêntica.

Outro ganho associado à maturidade é o desenvolvimento de maior equilíbrio emocional. A experiência acumulada ao longo da vida frequentemente permite que o indivíduo reconheça padrões de comportamento e reação que anteriormente geravam sofrimento. Com o tempo, torna-se possível responder a determinadas situações com maior serenidade e menor impulsividade, uma vez que o sujeito passa a dispor de um repertório mais amplo de estratégias para lidar com desafios.

Nesse sentido, o tempo pode ser compreendido como um professor silencioso, que ensina por meio da experiência. Cada etapa da vida apresenta desafios específicos, mas também oferece oportunidades de aprendizado e crescimento. A maturidade, longe de representar apenas um processo de declínio, pode constituir uma fase de aprofundamento da consciência sobre si mesmo e sobre a própria trajetória.

Assim, compreender o envelhecimento como etapa de aprendizagem contínua permite superar visões reducionistas que associam a velhice exclusivamente à perda de capacidades. A maturidade pode representar, ao contrário, um período de maior clareza existencial, no qual o indivíduo aprende a reconhecer o valor de sua história e a integrar diferentes experiências em uma compreensão mais ampla da vida.

6.2 VELHICE, PERDAS, DOENÇAS CRÔNICAS E MEDO DE DEPENDER

O envelhecimento, embora possibilite processos importantes de reflexão e amadurecimento, também se associa a experiências de perda que impactam diferentes dimensões da vida. Essas perdas não se restringem ao âmbito físico, mas incluem mudanças sociais, afetivas e funcionais que podem alterar profundamente a forma como o indivíduo se percebe e se relaciona com o mundo. Nesse sentido, a velhice constitui um período no qual ganhos e limitações coexistem, exigindo constante adaptação psicológica.

Do ponto de vista biológico, o avanço da idade está relacionado a modificações progressivas no funcionamento do organismo, incluindo redução da força muscular, diminuição da mobilidade, alterações sensoriais e maior prevalência de doenças crônicas. Essas mudanças podem interferir na autonomia do indivíduo, exigindo ajustes na rotina e, em alguns casos, o apoio de outras pessoas para a realização de atividades cotidianas. A perda gradual da independência funcional tende a ser vivenciada como um dos aspectos mais desafiadores do envelhecimento, especialmente em culturas que valorizam a produtividade e a autonomia como indicadores centrais de valor pessoal.

No plano psicológico, essas transformações podem desencadear sentimentos de fragilidade, insegurança e medo. O receio de adoecer, de perder a capacidade de cuidar de si mesmo ou de tornar-se dependente de familiares ou cuidadores é frequentemente relatado por pessoas em processo de envelhecimento. Esse medo não se refere apenas à limitação

física em si, mas também às implicações simbólicas associadas à dependência, como a perda de controle sobre a própria vida e a possível redução do reconhecimento social.

A experiência de perda, no entanto, não se limita ao corpo. O envelhecimento também pode envolver a diminuição ou ruptura de vínculos afetivos significativos, seja pela morte de pessoas próximas, seja pelo afastamento decorrente de mudanças de vida. Amigos, parceiros e familiares podem deixar de fazer parte do cotidiano, o que contribui para a sensação de solidão e para a necessidade de reorganização emocional. A aposentadoria, por sua vez, pode representar a perda de papéis sociais que, durante muitos anos, estruturaram a identidade do indivíduo, exigindo a construção de novas formas de pertencimento e de sentido.

A psicologia do desenvolvimento destaca que a capacidade de lidar com perdas constitui um dos principais desafios da maturidade. Erik Erikson, ao descrever os estágios do desenvolvimento humano, propõe que a velhice envolve o enfrentamento do conflito entre integridade do ego e desesperança. A integridade refere-se à capacidade de olhar para a própria vida com senso de completude e aceitação, enquanto a desesperança está associada ao arrependimento, à sensação de tempo perdido e ao medo da morte. A forma como o indivíduo elabora suas experiências passadas influencia diretamente sua capacidade de enfrentar as perdas presentes (Erikson, 1950).

Nesse contexto, o medo da dependência pode ser compreendido como expressão de uma preocupação mais ampla com a perda de identidade e de autonomia. Em sociedades que valorizam a independência

como ideal central, tornar-se dependente pode ser percebido como sinal de fracasso ou inutilidade.

No entanto, essa interpretação desconsidera o fato de que a interdependência constitui característica fundamental das relações humanas ao longo de toda a vida. Em diferentes momentos, todos os indivíduos necessitam de apoio, seja na infância, em situações de adoecimento ou em fases de maior vulnerabilidade.

A psicanálise e abordagens contemporâneas da psicologia destacam que a capacidade de aceitar ajuda está relacionada ao desenvolvimento de vínculos seguros ao longo da vida. Indivíduos que construíram relações de confiança tendem a vivenciar a dependência de forma menos ameaçadora, reconhecendo-a como parte do ciclo natural da existência.

Por outro lado, aqueles que vivenciaram experiências de abandono, negligência ou relações marcadas por controle excessivo podem apresentar maior dificuldade em aceitar a necessidade de apoio, associando-a a sentimentos de vergonha ou perda de dignidade.

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva, em diálogo com Andrea Vermont, destaca que o envelhecimento coloca o sujeito diante de limites concretos que não podem ser ignorados, exigindo um reposicionamento em relação à própria vida. Segundo as autoras, a forma como cada indivíduo enfrenta essas limitações está diretamente relacionada à maneira como construiu sua identidade ao longo dos anos.

Assim, pessoas que desenvolveram flexibilidade psicológica e capacidade de adaptação tendem a lidar melhor com as mudanças,

enquanto aquelas que estruturaram sua identidade exclusivamente em torno de produtividade ou controle podem vivenciar esse período com maior sofrimento (Vermont; Barbosa, 2026).

Outro aspecto relevante refere-se à necessidade de ressignificação da autonomia. Em vez de compreendê-la como independência absoluta, a maturidade pode permitir uma visão mais ampliada, na qual autonomia envolve também a capacidade de reconhecer limites e de estabelecer relações de apoio de forma saudável. Essa mudança de perspectiva possibilita ao indivíduo manter senso de dignidade e valor pessoal, mesmo diante de limitações físicas ou funcionais.

Além disso, a elaboração das perdas pode favorecer processos de crescimento psicológico. Embora o sofrimento seja uma resposta legítima às mudanças e rupturas vivenciadas, a capacidade de atribuir significado a essas experiências pode contribuir para a construção de uma relação mais equilibrada com o envelhecimento. A integração entre perdas e ganhos permite que o indivíduo reconheça que, apesar das limitações, ainda existem possibilidades de experiência, vínculo e aprendizado.

Assim, o envelhecimento não deve ser compreendido exclusivamente como um processo de perda, mas como uma fase de reorganização da existência, na qual o sujeito é convidado a redefinir sua relação com o corpo, com o tempo, com os outros e consigo mesmo. A forma como essas transformações são elaboradas influencia diretamente a qualidade de vida e o bem-estar psicológico nessa etapa.

6.3 SOLIDÃO, INVISIBILIDADE SOCIAL E LUTO ACUMULADO

Diante das transformações, ganhos e perdas que acompanham o envelhecimento, emerge uma dimensão central da experiência humana: a possibilidade de reescrever a própria história. Esse processo não implica alterar os fatos vividos, mas reinterpretá-los à luz de novos significados, integrando experiências passadas em uma narrativa mais coerente e compreensível. Nesse sentido, a maturidade pode oferecer condições para que o indivíduo estabeleça uma relação diferente com sua trajetória, deslocando-se de uma posição de julgamento rígido para uma postura de maior compreensão e aceitação.

Ao longo da vida, eventos são frequentemente interpretados de forma fragmentada, associados a emoções intensas e a contextos específicos que limitam a compreensão global da experiência. Com o passar do tempo, a distância temporal permite revisitar essas vivências com menor carga emocional imediata, favorecendo processos de ressignificação. Situações anteriormente percebidas como fracassos absolutos podem ser compreendidas como momentos de aprendizado, enquanto decisões consideradas equivocadas podem revelar-se coerentes com os recursos e conhecimentos disponíveis naquele momento da vida.

Viktor Frankl destaca que a busca por sentido constitui uma das principais motivações humanas, e que mesmo experiências de sofrimento podem adquirir significado quando inseridas em uma narrativa existencial mais ampla (Frankl, 1946). Nesse contexto, reescrever a própria história não significa negar a dor vivida, mas reconhecer que ela pode ser integrada como parte de um percurso que contribuiu para a construção da identidade.

A capacidade de atribuir significado às experiências permite ao indivíduo sustentar-se emocionalmente, mesmo diante de limitações e perdas inevitáveis.

A aceitação desempenha papel fundamental nesse processo. Diferentemente de uma postura passiva ou resignada, aceitar implica reconhecer a realidade como ela se apresenta, sem a necessidade de negá-la ou de permanecer preso a idealizações do que poderia ter sido. Essa atitude possibilita ao sujeito direcionar sua energia para o presente e para as possibilidades ainda existentes, em vez de permanecer fixado em arrependimentos ou frustrações passadas.

Do ponto de vista psicológico, a aceitação está relacionada ao desenvolvimento de flexibilidade emocional, isto é, à capacidade de adaptar-se a diferentes circunstâncias sem perder o senso de continuidade de si. Indivíduos que conseguem integrar experiências positivas e negativas em uma narrativa coerente tendem a apresentar maior bem-estar psicológico, mesmo em contextos adversos. Essa integração não elimina o sofrimento, mas reduz seu impacto desorganizador, permitindo que ele seja compreendido dentro de um contexto mais amplo de vida.

A psicologia analítica de Carl Gustav Jung contribui para essa compreensão ao enfatizar que o processo de individuação envolve a integração de aspectos conscientes e inconscientes da personalidade (Jung, 1951). Na maturidade, esse movimento pode se intensificar, possibilitando que o indivíduo reconheça dimensões de si que foram negligenciadas ou rejeitadas em fases anteriores. A aceitação dessas partes contribui para a construção de uma identidade mais autêntica e menos dependente de

padrões externos de validação.

Nesse sentido, reescrever a própria história envolve também um movimento de reconciliação consigo mesmo. Muitas pessoas chegam à maturidade carregando sentimentos de culpa, arrependimento ou autocrítica relacionados a decisões passadas. Ao revisitar essas experiências com maior compreensão, torna-se possível substituir julgamentos rígidos por uma postura mais compassiva, reconhecendo que cada escolha foi realizada dentro de um contexto específico, com os recursos disponíveis naquele momento.

Além disso, a noção de possibilidade permanece presente mesmo no envelhecimento. Embora algumas oportunidades não possam mais ser retomadas, outras continuam acessíveis, ainda que sob novas formas. A construção de novos vínculos, o desenvolvimento de interesses, a participação em atividades significativas e a contribuição para a vida de outras pessoas são exemplos de caminhos que podem ser explorados na maturidade. Essa perspectiva rompe com a ideia de que o envelhecimento representa um encerramento das possibilidades, evidenciando que a vida continua aberta a novas experiências e significados.

A Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva, em diálogo com Andrea Vermont, destaca que o envelhecimento pode ser compreendido como um convite à reorganização da existência. Segundo as autoras, a capacidade de ressignificar experiências e de construir novos sentidos está diretamente relacionada à forma como o indivíduo se posiciona diante de sua própria história. Pessoas que conseguem integrar passado e presente de maneira mais flexível tendem a experimentar maior sensação de paz e coerência

interna (Vermont; Barbosa, 2026).

Do ponto de vista filosófico, essa postura aproxima-se do conceito de *amor fati*, proposto por Nietzsche, que consiste em aceitar e afirmar a própria trajetória, incluindo tanto os momentos de alegria quanto os de sofrimento (Nietzsche, 1888). Essa aceitação não implica conformismo, mas reconhecimento de que a vida, em sua totalidade, constitui o fundamento da identidade individual.

Assim, reescrever a própria história não significa apagar erros, evitar perdas ou reconstruir o passado de forma idealizada. Trata-se de um processo ativo de atribuição de sentido, no qual o indivíduo reorganiza sua narrativa pessoal de modo a integrar diferentes experiências em uma compreensão mais ampla de si mesmo. Esse movimento permite transformar a relação com o passado, reduzir o peso de arrependimentos e ampliar a percepção de possibilidades no presente.

Dessa forma, o envelhecimento pode ser compreendido como um tempo de síntese e abertura simultâneas: síntese, na medida em que experiências vividas são integradas em uma narrativa coerente; e abertura, porque novas formas de existir, relacionar-se e atribuir sentido continuam disponíveis. A capacidade de reescrever a própria história, portanto, constitui um dos principais recursos para a construção de uma velhice mais significativa, na qual o sujeito reconhece sua trajetória sem se aprisionar a ela, mantendo-se aberto às possibilidades que ainda podem ser construídas.

6.4 SABEDORIA, RECONCILIAÇÃO E PERDÃO A SI MESMO

Apesar das dificuldades associadas ao envelhecimento, essa etapa

da vida também pode favorecer processos importantes de reconciliação interna e integração da própria história. Ao longo do ciclo vital, o indivíduo acumula experiências diversas, algumas marcadas por conquistas e satisfação, outras atravessadas por perdas, arrependimentos e conflitos não resolvidos. A maturidade frequentemente oferece condições psicológicas mais favoráveis para visitar esses acontecimentos com maior distanciamento emocional e com uma compreensão mais ampla de suas circunstâncias.

Esse movimento reflexivo pode favorecer o desenvolvimento de uma forma particular de sabedoria. Diferentemente do conhecimento técnico ou acadêmico, a sabedoria associada ao envelhecimento está relacionada à capacidade de compreender a complexidade da experiência humana, reconhecer a inevitabilidade das imperfeições e integrar diferentes dimensões da própria trajetória. Trata-se de uma forma de conhecimento que emerge da vivência concreta das ambiguidades da vida e da capacidade de refletir sobre elas.

A psicologia do desenvolvimento sugere que, em fases mais avançadas da vida, muitos indivíduos passam por um processo de síntese biográfica. Nesse processo, acontecimentos passados são reorganizados em uma narrativa mais coerente sobre quem a pessoa foi, quem se tornou e quais significados podem ser atribuídos às experiências vividas. Essa reorganização não implica apagar erros ou negar momentos difíceis, mas integrá-los de maneira mais compreensiva dentro da própria história.

Nesse contexto, a reconciliação consigo mesmo torna-se um elemento central. Muitas pessoas chegam à maturidade carregando

sentimentos de culpa ou arrependimento relacionados a decisões tomadas no passado, relações rompidas ou oportunidades perdidas. Quando essas experiências permanecem não elaboradas, podem gerar sofrimento emocional persistente.

Contudo, o distanciamento temporal proporcionado pelo envelhecimento frequentemente permite reinterpretar esses acontecimentos de forma mais compassiva. Ao olhar para o passado com maior compreensão das circunstâncias que envolveram determinadas escolhas, o indivíduo pode reconhecer que muitas decisões foram tomadas com base nos recursos emocionais e nas condições disponíveis naquele momento específico da vida.

Esse processo de ressignificação pode favorecer o desenvolvimento do perdão a si mesmo. O perdão, nesse contexto, não significa negar a existência de erros ou responsabilidades, mas reconhecer a condição humana de imperfeição e aceitar que a vida é composta por tentativas, acertos e equívocos. A capacidade de perdoar a si mesmo permite aliviar o peso emocional de experiências passadas e possibilita uma relação mais serena com a própria história.

Do ponto de vista filosófico, essa atitude de aceitação encontra ressonância na perspectiva existencial de Viktor Frankl. Para o autor, a vida humana não pode ser compreendida apenas a partir das circunstâncias externas, mas também a partir da forma como cada indivíduo escolhe responder a essas circunstâncias. Mesmo diante de experiências dolorosas ou de erros cometidos, permanece a possibilidade de atribuir significado à própria trajetória e de reinterpretar o passado à luz de novas compreensões

(Frankl, 1946).

A maturidade também pode favorecer a ampliação da empatia e da compreensão em relação aos outros. Ao reconhecer suas próprias fragilidades e limitações, muitas pessoas tornam-se mais tolerantes em relação às imperfeições alheias. Essa mudança de perspectiva pode contribuir para a reconstrução de vínculos afetivos ou para a elaboração de conflitos antigos.

No diálogo entre a psicanalista Andrea Vermont e a psiquiatra Ana Beatriz Barbosa Silva, observa-se uma reflexão semelhante sobre o papel da maturidade na elaboração emocional da própria história. As autoras destacam que, com o passar do tempo, muitas pessoas conseguem olhar para experiências passadas com maior serenidade e reconhecer que determinados acontecimentos, mesmo dolorosos, contribuíram para o desenvolvimento de sua identidade e de sua visão de mundo. Segundo elas, o amadurecimento psicológico frequentemente envolve abandonar a expectativa de uma vida perfeita e aceitar que a existência humana é inevitavelmente marcada por imperfeições e aprendizados contínuos (Vermont; Barbosa, 2026).

Outro aspecto importante dessa fase da vida é a possibilidade de transmitir experiências e conhecimentos às gerações mais jovens. A sabedoria acumulada ao longo da vida pode tornar-se um recurso valioso para orientar outras pessoas em momentos de decisão ou dificuldade. Quando encontram espaços para compartilhar suas histórias e reflexões, muitos idosos relatam sentir que sua trajetória adquiriu um significado mais amplo, contribuindo para além de sua própria existência individual.

Assim, embora o envelhecimento seja frequentemente associado a perdas físicas ou limitações sociais, ele também pode representar um período de integração e maturidade psicológica. A capacidade de reconciliar-se com a própria história, reconhecer aprendizados provenientes das experiências vividas e desenvolver uma atitude mais compassiva em relação a si mesmo constitui um dos aspectos mais significativos dessa etapa da vida.

Nesse sentido, a velhice pode ser compreendida não apenas como um tempo de recordações, mas como uma fase de elaboração profunda da própria existência. Ao integrar passado, presente e significado pessoal, o indivíduo pode alcançar uma forma de serenidade que emerge não da ausência de dificuldades, mas da capacidade de compreender e aceitar a complexidade da vida humana.

6.5 RISCO DE SUICÍDIO NESSE CONTEXTO: IDOSOS ENTRE A DOR, O ABANDONO E O “NÃO QUERO DAR TRABALHO

Embora o suicídio seja frequentemente associado à juventude ou à vida adulta, evidências epidemiológicas indicam que as taxas de suicídio entre pessoas idosas configuram um problema relevante de saúde pública em diversas partes do mundo. Em muitos países, especialmente entre homens acima dos 70 anos, essas taxas encontram-se entre as mais elevadas quando comparadas às demais faixas etárias. Esse fenômeno evidencia que o envelhecimento, quando associado ao sofrimento psíquico, ao isolamento social e à perda de sentido existencial, pode constituir um período de vulnerabilidade significativa.

Entre os fatores mais frequentemente associados ao risco de

suicídio na velhice destacam-se doenças crônicas incapacitantes, dor persistente, perda de autonomia funcional, isolamento social, luto pela morte de pessoas próximas e a percepção de que a própria vida deixou de ter valor ou propósito. Diferentemente de fases anteriores da vida, nas quais crises emocionais podem estar relacionadas a eventos pontuais, o sofrimento psíquico na velhice tende, muitas vezes, a resultar de processos acumulativos que se desenvolvem ao longo do tempo, articulando perdas sucessivas e alterações progressivas na condição de vida.

As doenças crônicas representam um dos principais fatores de risco nesse contexto. Condições como doenças cardiovasculares, câncer, doenças neurodegenerativas e síndromes dolorosas crônicas podem comprometer significativamente a qualidade de vida. Quando essas enfermidades são acompanhadas por limitações físicas severas ou por perda progressiva de autonomia, muitos indivíduos passam a experimentar sentimentos de desesperança em relação ao futuro, associados à percepção de irreversibilidade do quadro.

Além das limitações físicas, o impacto psicológico da dependência pode ser particularmente intenso. Ao longo da vida adulta, muitas pessoas constroem sua identidade em torno de papéis sociais relacionados ao trabalho, ao cuidado familiar e à autonomia pessoal. Quando essas funções deixam de ser exercidas em decorrência do envelhecimento ou da doença, o indivíduo pode vivenciar uma sensação de perda de identidade, acompanhada por sentimentos de inutilidade e desvalorização pessoal.

Nesse contexto, um elemento frequentemente observado nos relatos de idosos em sofrimento psíquico é a ideia de que sua existência passou a representar um peso para os outros. Expressões como “não quero dar trabalho”, “não quero incomodar ninguém” ou “seria melhor se eu não estivesse aqui” aparecem com frequência em narrativas de pessoas que enfrentam limitações físicas ou dependência funcional. Essas falas não expressam apenas sofrimento individual, mas também refletem a internalização de valores sociais que associam dignidade à independência, à produtividade e à ausência de dependência.

Quando o indivíduo passa a acreditar que sua presença gera sofrimento ou sobrecarga para familiares, podem emergir sentimentos intensos de culpa e desvalorização pessoal. Esse processo pode favorecer a construção de uma percepção distorcida de si, na qual a morte passa a ser interpretada como uma forma de aliviar o suposto peso imposto aos outros, dinâmica frequentemente observada em quadros depressivos mais graves.

Outro fator importante relacionado ao risco de suicídio na velhice é o isolamento social. A redução das redes de contato, associada à perda progressiva de amigos, parceiros e familiares ao longo do tempo, pode diminuir significativamente as oportunidades de apoio emocional. A solidão persistente, especialmente quando combinada com limitações físicas, dificuldades financeiras ou restrições de mobilidade, tende a intensificar sentimentos de abandono, inutilidade e desesperança.

No diálogo apresentado no Divã Podcast, a psicanalista Andrea Vermont e a psiquiatra Ana Beatriz Barbosa Silva destacam que o

sofrimento psíquico na velhice frequentemente permanece invisível. Diferentemente de crises emocionais em jovens ou adultos, que tendem a mobilizar maior atenção familiar e institucional, a tristeza, o isolamento e a apatia em idosos são, muitas vezes, naturalizados como parte inevitável do envelhecimento. Essa naturalização pode dificultar o reconhecimento de quadros depressivos relevantes e retardar a busca por ajuda profissional (Vermont; Barbosa, 2026).

As autoras ressaltam ainda que muitas pessoas idosas não verbalizam diretamente pensamentos relacionados à morte, mas expressam sua desesperança de forma indireta, por meio de falas que indicam perda de sentido ou desejo de desaparecer. Comentários como “minha vida já acabou”, “não tenho mais utilidade” ou “já vivi o que tinha que viver” podem representar sinais importantes de sofrimento psicológico, exigindo escuta atenta e interpretação cuidadosa por parte de familiares e profissionais.

Além disso, fatores culturais e geracionais podem dificultar a procura por apoio psicológico entre pessoas idosas. Em muitos contextos, questões relacionadas à saúde mental ainda são associadas a estigmas ou interpretadas como sinais de fraqueza. Como consequência, alguns indivíduos evitam compartilhar sentimentos de tristeza, solidão ou desesperança, mantendo o sofrimento em silêncio e reduzindo as possibilidades de intervenção precoce.

Entretanto, é fundamental destacar que o suicídio na velhice não constitui um desfecho inevitável. Diversos fatores protetivos podem reduzir significativamente o risco de comportamentos autodestrutivos

nesse período da vida. Entre esses fatores destacam-se a presença de vínculos familiares significativos, a participação em atividades sociais ou comunitárias, o acesso a serviços de saúde mental e a manutenção de um sentido de propósito ou pertencimento.

Programas de acompanhamento psicológico, grupos de convivência para idosos e iniciativas que promovem a participação social têm demonstrado efeitos positivos na redução do isolamento e na promoção do bem-estar emocional. A valorização da experiência acumulada ao longo da vida, bem como o reconhecimento da contribuição das pessoas idosas para a família e para a comunidade, também desempenha papel relevante na construção de um sentimento de utilidade e significado.

Nesse sentido, a prevenção do suicídio na velhice exige uma abordagem que ultrapasse o tratamento clínico individual e incorpore as dimensões sociais, culturais e relacionais do envelhecimento. Promover ambientes que valorizem a presença, a história e a experiência das pessoas idosas constitui um passo fundamental para reduzir o isolamento, fortalecer vínculos e favorecer formas mais dignas e humanas de envelhecer.

Assim, compreender o sofrimento psíquico na velhice implica reconhecer que, mesmo diante das limitações impostas pelo tempo, a vida humana continua a demandar sentido, reconhecimento e pertencimento. Quando essas dimensões são preservadas e fortalecidas, o envelhecimento pode deixar de ser percebido como uma fase de abandono e passar a ser vivido como um período de continuidade,

dignidade e elaboração existencial

REFERÊNCIAS

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2019.

JUNG, Carl Gustav. **O eu e o inconsciente**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

JUNG, Carl Gustav. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

NIETZSCHE, Friedrich. **Ecce homo: como alguém se torna o que é**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

NIETZSCHE, Friedrich. **A gaia ciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in the 21st century: global health estimates**. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health of older adults**. Geneva: WHO, 2023.

Vermont, Andrea; BARBOSA SILVA, Ana Beatriz. **Divã Podcast com Andrea Vermont #1 – Ana Beatriz Barbosa**. YouTube, 19 fev. 2026.

Disponível em: <https://youtu.be/o5T4QnQe5Os>. Acesso em: 12 mar. 2026.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental constitui uma dimensão central da experiência humana, atravessando diferentes fases do ciclo de vida e sendo profundamente influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Ao longo deste livro, buscou-se compreender como o sofrimento psíquico pode se manifestar em diferentes momentos da existência, muitas vezes de maneira silenciosa e invisibilizada, mas profundamente significativa para aqueles que o vivenciam.

A análise desenvolvida nos capítulos evidenciou que o sofrimento mental não pode ser compreendido apenas como um fenômeno individual ou exclusivamente clínico. Pelo contrário, trata-se de uma experiência complexa, construída na intersecção entre história pessoal, relações sociais, expectativas culturais e condições materiais de vida. Assim, compreender o sofrimento psíquico exige olhar não apenas para o indivíduo isoladamente, mas também para os contextos sociais e simbólicos que moldam sua experiência.

No campo da maternidade, observou-se que o puerpério representa um período de intensa reorganização física, emocional e identitária. Embora frequentemente idealizada como momento exclusivamente marcado por felicidade e realização, a experiência materna pode envolver sentimentos ambivalentes, exaustão emocional e vulnerabilidade psicológica. O reconhecimento de fenômenos como o baby blues, a depressão pós-parto e a culpa materna permite compreender que a maternidade real é marcada por complexidades que muitas vezes

permanecem ocultas sob narrativas sociais idealizadas. Nesse sentido, fortalecer redes de apoio e ampliar o cuidado com a saúde mental materna constitui estratégia fundamental para a promoção do bem-estar tanto da mãe quanto da criança.

Ao mesmo tempo, o livro também buscou refletir sobre o envelhecimento como uma fase da vida que combina desafios e possibilidades. Embora frequentemente associado a perdas físicas e sociais, o envelhecimento também pode representar um período de autoconhecimento, integração da própria história e reconstrução de sentidos existenciais. A maturidade oferece condições para reinterpretar experiências passadas, reconhecer aprendizados acumulados e desenvolver uma relação mais compassiva com a própria trajetória.

Entretanto, essa fase da vida também pode ser marcada por experiências de solidão, invisibilidade social e luto acumulado. Em sociedades que valorizam fortemente a juventude e a produtividade, pessoas idosas podem enfrentar processos de exclusão simbólica que impactam diretamente sua saúde mental. O sentimento de inutilidade ou de perda de propósito pode emergir quando o indivíduo percebe que sua presença deixou de ser reconhecida ou valorizada socialmente.

Nesse contexto, o sofrimento psíquico na velhice exige atenção especial. O risco de suicídio entre idosos, muitas vezes associado à combinação entre doenças crônicas, isolamento social e perda de autonomia, revela a necessidade de estratégias de cuidado que integrem dimensões clínicas, sociais e comunitárias. A prevenção desse fenômeno depende não apenas da oferta de tratamento psicológico ou psiquiátrico,

mas também da construção de redes de suporte que promovam pertencimento, reconhecimento e sentido de continuidade na vida.

Outro aspecto fundamental discutido ao longo da obra refere-se à importância do autoconhecimento e da elaboração subjetiva da própria história. Ao revisitar experiências passadas e integrar diferentes momentos da vida em uma narrativa coerente, o indivíduo pode desenvolver maior compreensão de si mesmo e encontrar novos significados para acontecimentos que anteriormente pareciam desprovidos de sentido. Esse processo de reconstrução narrativa pode representar um recurso importante para lidar com desafios emocionais e existenciais.

Assim, compreender a saúde mental ao longo do ciclo vital implica reconhecer que o sofrimento psíquico não surge de forma isolada, mas se desenvolve em diálogo constante com as experiências vividas, as relações estabelecidas e os contextos sociais em que o indivíduo está inserido. Promover saúde mental, portanto, envolve não apenas intervenções clínicas, mas também a criação de espaços de escuta, acolhimento e reconhecimento da complexidade da experiência humana.

Por fim, esta obra buscou contribuir para ampliar o debate sobre a saúde mental a partir de uma perspectiva que integra diferentes campos do conhecimento, incluindo psicologia, psiquiatria, filosofia e psicanálise. Ao abordar temas como maternidade, envelhecimento, autoconhecimento e sofrimento existencial, pretende-se oferecer reflexões que estimulem novas formas de compreender e cuidar da vida psíquica.

Reconhecer a vulnerabilidade humana não significa aceitar o sofrimento como destino inevitável, mas sim abrir caminhos para formas

mais sensíveis, humanas e integradas de cuidado. Nesse sentido, fortalecer redes de apoio, ampliar o acesso à informação e promover espaços de diálogo sobre saúde mental constituem passos fundamentais para a construção de uma sociedade mais consciente, solidária e comprometida com o bem-estar psicológico de todas as pessoas ao longo de suas trajetórias de vida.

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Aceitação, 114, 115
 - Adrenalina, 40
 - Algoritmos, 10
 - Amígdala, 31, 40
 - Amor fati, 109
 - Ana Beatriz Barbosa Silva, 15, 40, 52, 56, 62, 126
 - Andrea Vermont, 15
 - Ansiedade, 10, 32, 52, 56, 97
 - Aposentadoria, 113
 - Apoio instrumental, 97
 - Associação livre, 51
 - Atenção Primária à Saúde, 52
 - Autocuidado, 127
 - Autonomia, 113, 123
- ### B
- Baby blues, 12, 78
 - Biologia de Campbell, 16
 - Byung-Chul Han, 16, 44, 62

C

- Cérebro triuno, 31
- CID-10, 51, 56, 62, 113
- Compulsão à repetição, 32
- Consciência, 1, 3, 52
- Córtex pré-frontal, 31
- Cuidado integral, 56, 97

D

- Depressão, 52, 123, 126
- Depressão pós-parto, 12, 78
- Desumanização, 56
- Divã Podcast, 15, 44, 128

E

- Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, 40
- Emoções, 10, 12, 29, 31, 40
- Envelhecimento, 10, 13, 15, 102, 108, 113, 123, 127
- Erik Erikson, 113

Escuta clínica, 51, 56
Essência, 1, 12, 15, 18
Estresse, 12, 29, 31, 32, 40, 52
Excesso de possibilidades, 1, 12, 64

F

Fator p (p-factor), 31, 32, 43, 56, 62
Filosofia, 10, 15, 52
Friedrich Nietzsche, 109, 128

G

Genômica, 31, 32, 43, 62
Grupos de apoio, 97

H

Holding, 56

I

Identidade, 10, 62, 109, 113

Impulsividade, 40
Inconsciente, 51, 128
Infidelidade essencial, 15
Integridade do ego, 113

J

Jacques Lacan, 51, 52, 56, 62
Jung, 128

L

Linguagem, 51
Luto, 123

M

Maternidade, 10, 12, 78, 130
Maturidade, 108, 109, 113
Máscaras, 1, 10, 15
Medicina, 12, 47, 52

N

Narrativa, 108, 109, 115

Neocórtex, 31

Neurociência, 10, 31

Noradrenalina, 40

P

Performance, 10, 15

Personagem, 10, 11, 18

Persona, 12, 18

Puerpério, 97

Psicanálise, 10, 15, 51

Psiquiatria, 12, 47, 52, 57

R

Raiva, 31, 40

Redes sociais, 43

Regulação emocional, 40, 97

Revisão biográfica, 108

S

Saúde mental, 1, 10, 15, 52, 57, 123, 130

Self, 56, 62

Sigmund Freud, 16, 32, 44, 51

Sistema límbico, 31

Sofrimento psíquico, 1, 10, 12, 15, 18, 43, 51, 52, 56, 62, 126, 130

Suicídio, 43, 56, 57, 123, 126

T

Talking cure, 51

V

Vazio existencial, 15

Velhice, 108, 113, 123

Viktor Frankl, 16, 44, 128

W

Winnicott, 56, 62

**FIEL À PRÓPRIA ESSÊNCIA: SAÚDE MENTAL NA ERA DAS
MÁSCARAS- CONSCIÊNCIA, PROPÓSITO E SOFRIMENTO
PSÍQUICO EM TEMPOS DE EXCESSO DE POSSIBILIDADES**

1ª Edição

Revista REASE chancelada pela Editora Arché.
São Paulo- SP.
Telefone: +55(11) 5107- 0941
<https://periodicorease.pro.br>
contato@periodicorease.pro.br

**FIEL À PRÓPRIA ESSÊNCIA: SAÚDE MENTAL NA ERA DAS
MÁSCARAS- CONSCIÊNCIA, PROPÓSITO E SOFRIMENTO
PSÍQUICO EM TEMPOS DE EXCESSO DE POSSIBILIDADES**

ISBN: 978-65-6054-345-4

BR



9 786560 543454