

O CONCEITO DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E AS CONCEPÇÕES BIOÉTICAS

Davis Anzolin Lichote¹;

Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro.

<http://lattes.cnpq.br/2636162401508806>

Ana Carolina Valeriete de Oliveira Coelho²;

Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro.

<https://lattes.cnpq.br/7660224625459325>

Nilson Júnio de Andrade Francisco³;

Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro.

<http://lattes.cnpq.br/5837593867787036>

Verusca Moss Simões dos Reis⁴.

Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro.

<http://lattes.cnpq.br/9911660155469109>

RESUMO: O presente trabalho descreve trajetória da saúde mental no Brasil, observando as transformações no conceito de sofrimento psicológico e nas práticas assistenciais das pessoas afligidas pelo sofrimento psíquico. No início do século XX, predominava um modelo pautado no isolamento dos “alienados” em instituições asilares, esse paradigma segregador consolidou-se com a fundação dos primeiros hospitais psiquiátricos, refletindo uma abordagem excludente e desumanizadora, que via o sofrimento psíquico sob a ótica do controle social e da medicalização, em vez de considerar as singularidades dos sujeitos envolvidos. Nas últimas décadas, porém, a compreensão da saúde mental passou por um importante redirecionamento, impulsionado por movimentos sociais, pela Reforma Psiquiátrica e pela luta antimanicomial. A autonomia do sujeito ganhou centralidade e passou a ser entendida de forma relacional, implicando construção conjunta de sentidos, reconhecimento da voz do paciente e promoção de espaços terapêuticos acolhedores. Assim, a atenção em saúde mental, mais inclusiva e democrática, busca superar desigualdades históricas de gênero, raça e classe, valorizando a capacidade de agência dos indivíduos em contextos marcados por profundas assimetrias sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Ética. Psicologia.

THE CONCEPT OF MENTAL HEALTH IN BRAZIL AND BIOETHICAL CONCEPTIONS

ABSTRACT: The present work outlines the trajectory of mental health care in Brazil, examining the transformations in the conception of psychological suffering and in the care practices for individuals afflicted by psychic distress. At the beginning of the twentieth century, the dominant model was based on the isolation of the so-called insane in asylum institutions; this segregationist paradigm was consolidated with the establishment of the first psychiatric hospitals, reflecting an exclusionary and dehumanizing approach that interpreted mental suffering primarily through the lenses of social control and medicalization, rather than considering the individuals' unique experiences. In recent decades, however, the understanding of mental health has undergone significant shifts, driven by social movements, the Psychiatric Reform, and the anti-asylum movement. The autonomy of the subject has become central and is now recognized in relational terms, involving the joint construction of meaning, the acknowledgment of the patient's voice, and the promotion of therapeutic settings that are both welcoming and empowering. Thus, mental health care more inclusive and democratic seeks to overcome historical inequalities of gender, race, and class, valuing individuals' agency within contexts marked by profound social asymmetries.

KEY-WORDS: Bioethics. Ethics. Psychology.

INTRODUÇÃO

A saúde mental no Brasil é marcada por profundas transformações, tanto em termos de práticas assistenciais quanto de concepções sobre a loucura e seus sujeitos. Desde o início do século XX, predominou um modelo centrado no isolamento dos chamados “alienados” em instituições asilares, inspiradas nos moldes europeus, como aponta Borba et al. (2001). Esse paradigma segregacionista foi consolidado oficialmente com a fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Dom Pedro II, inaugurado no Rio de Janeiro em 1852, e posteriormente reproduzido em âmbito nacional, sobretudo nas décadas de 1930 a 1970 (Guimarães, 2001).

Durante o regime militar (1964–1985), o modelo manicomial intensificou-se, fomentando práticas autoritárias, violência institucional e a exclusão social de pessoas em sofrimento psíquico. A experiência brasileira dialogava, nesse contexto, com movimentos internacionais de crítica à psiquiatria tradicional, como a antipsiquiatria europeia capitaneada por David Cooper e Franco Basaglia. No Brasil, a publicação da “Carta de Bauru” em 1987 foi um marco no movimento de reforma psiquiátrica, expressando coletivamente a denúncia do modelo de internação e a defesa da atenção psicossocial comunitária (Amarante, 1995; OMS, 2001).

A luta antimanicomial brasileira, fortemente influenciada pelo ideário da Reforma Sanitária, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, foi protagonizada por trabalhadores, familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Entre os momentos centrais dessa trajetória, destaca-se a aprovação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, que institucionalizou princípios para a proteção dos direitos das pessoas com sofrimento mental e preconizou o redirecionamento da assistência para dispositivos comunitários (Borba et al., 2001; Guimarães, 2001).

A partir da implementação da Lei 10.216, diversos avanços puderam ser observados, sobretudo com a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a progressiva desinstitucionalização de pacientes antes mantidos em asilos psiquiátricos. Segundo Amarante (2007), a política de saúde mental brasileira passou a valorizar a inserção social, o protagonismo do usuário e a atenção integral, em consonância com os princípios do SUS e as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Apesar desses avanços, o campo da saúde mental no Brasil enfrenta desafios persistentes e novos dilemas. O subfinanciamento dos serviços, a insuficiente articulação da rede de cuidados e as tentativas de retrocesso político, como propostas de retorno ao modelo asilar, revelam a permanência de tensões históricas. Euflauzino et al. (2021) destacam que, nas últimas décadas, houve um recrudescimento de discursos que visam reabilitar práticas manicomiais, especialmente no contexto de crises econômicas e mudanças de orientação política do Ministério da Saúde.

Outro desafio contemporâneo recente é o impacto da pandemia da COVID-19, que acentuou o sofrimento psíquico na população em geral e dificultou o acesso a cuidados comunitários, expondo fragilidades na estrutura da rede e intensificando desigualdades regionais. O aumento de casos de depressão, ansiedade e uso abusivo de substâncias evidencia a urgência de políticas públicas efetivas, centradas em estratégias de prevenção, promoção e cuidado em liberdade (Amarante, 2021).

Nesse contexto se destaca a importância da reflexão ética e bioética sobre a saúde mental, sobre a pessoa humana, e suas realidades inerentes à existência, visto que problemas e sofrimentos psíquicos sempre estarão presentes em dados momentos do cotidiano da vida. Assim, partimos da seguinte questão-problema para a construção do presente trabalho “De que maneira as concepções bioéticas, especialmente o princípio da autonomia relacional, oferecem o suporte ético necessário para a consolidação de uma *práxis* em saúde mental no Brasil que seja inclusiva, respeitosa e capaz de superar o modelo manicomial?”.

OBJETIVO

O presente capítulo tem como objetivo descrever a trajetória e as transformações do conceito de saúde mental no Brasil, com foco na emergência da atenção psicossocial em

substituição ao modelo manicomial. Adicionalmente, o estudo busca analisar a importância da Bioética, em particular, o princípio da autonomia em sua perspectiva relacional, como pilar conceitual para uma *práxis* psicológica humanizada, ética e atenta às assimetrias sociais inerentes ao contexto brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma metodologia qualitativa de viés exploratório e descritivo, com a coleta de dados baseada em um levantamento bibliográfico narrativo (Gil, 2023). Busca-se, em um diálogo interdisciplinar, articular autores que pensam e relacionam os campos da saúde mental e da bioética. A análise bibliográfica abrange tanto o levantamento histórico sobre a política de saúde mental brasileira quanto a revisão de diferentes correntes éticas e dos modelos de autonomia, subsidiando a discussão sobre a *práxis* em Psicologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da trajetória da saúde mental no Brasil e a subsequente reflexão bioética revelam uma transição complexa, mas necessária, do paradigma segregacionista para o modelo de atenção psicossocial. Assim sendo, os resultados do levantamento bibliográfico narrativo desdobram-se em três eixos centrais: a necessidade de um novo alicerce ético para o cuidado, a tensão conceitual em torno da autonomia e a sua implicação direta na *práxis* do psicólogo.

A necessidade de um novo alicerce ético: fundamentos filosóficos e a bioética

A ética, enquanto reflexão filosófica sobre os princípios que orientam a ação humana, é um campo essencial para pensar os limites, responsabilidades e compromissos da atuação profissional em qualquer área, sobretudo na psicologia. A ética procura responder às seguintes questões: como e por que julgamos que uma ação é moralmente errada ou correta? Quais os critérios que devem ser utilizados para tal? Segundo Borges, Dall'Agnol e Dutra:

Várias respostas são, hoje, dadas a estas perguntas: podemos afirmar que a ação correta é aquela 1) que maximiza a felicidade de todos, 2) que é praticada por um agente virtuoso, 3) que está de acordo com regras determinadas, ou ainda, 4) que pode ser justificada aos outros de forma razoável" (Borges; Dall'agnol; Dutra, 2002, p. 3).

Em um tempo marcado por profundas transformações sociais, tecnológicas e culturais, discutir a ética torna-se ainda mais urgente, especialmente quando se trata do cuidado com o outro, da escuta, da intervenção clínica e da responsabilidade diante da vulnerabilidade do sujeito. Para compreender o papel da ética na Psicologia, é necessário, ainda que de forma breve, revisitar cinco das principais correntes éticas do pensamento

ocidental, conforme exposto pelo filósofo Giuseppe Abba em sua obra *História Crítica da Filosofia Moral*, as quais moldaram profundamente a reflexão ética no Ocidente.

A primeira tradição é a ética das virtudes, cuja origem remonta à filosofia clássica, especialmente em Aristóteles, e que encontra continuidade em Tomás de Aquino. Para Aristóteles, a ética está ligada à realização do bem próprio do ser humano, que é a vida virtuosa, guiada pela razão e pela moderação (Aristóteles, 1991). A virtude, nesse contexto, é um hábito que se adquire por meio da prática e da educação, e o agir ético é aquele que busca o equilíbrio, o justo meio entre os excessos. Tomás de Aquino, influenciado por Aristóteles e pela teologia cristã, incorpora essa visão ao integrar as virtudes naturais e as virtudes teologais (fé, esperança e caridade), consolidando uma ética voltada à finalidade última do ser humano, que é a união com Deus (AQUINO, 2001). Essa abordagem destaca o caráter formativo da ética e sua relação com a construção do caráter, elemento fundamental para pensar a formação do profissional da psicologia.

A segunda corrente é a ética deontológica, representada principalmente por Immanuel Kant. Diferente da ética das virtudes, que valoriza o cultivo de hábitos e disposições internas, a ética kantiana é fundada na razão prática e no dever. O imperativo categórico “age apenas segundo a máxima que possas querer que se torne uma lei universal” (Kant, 1785/1999, p. 402), resume o princípio central da ética deontológica: a ação é ética quando decorre do respeito ao dever moral, independentemente das consequências. Nesse sentido, o sujeito ético é aquele que age por respeito à lei moral, e não por interesse ou inclinação. Esta abordagem traz contribuições importantes para a psicologia ao reforçar a ideia de que o agir profissional deve respeitar a dignidade do outro como um fim em si mesmo.

A terceira perspectiva é a ética da coordenação social, cuja formulação moderna é atribuída a Thomas Hobbes. A proposta ética hobbesiana, baseada na necessidade de um contrato social, tem como finalidade última a garantia da liberdade individual possível. Embora, à primeira vista, sua teoria pareça ter como objetivo principal a paz entre os homens, essa paz deve ser compreendida como um meio uma condição prévia e indispensável para o exercício da liberdade (Hobbes, 2003). Essa liberdade, ainda que necessariamente limitada pelas exigências da vida em sociedade, é aquilo que Hobbes busca assegurar. Essa concepção se mostra relevante no contexto das instituições de saúde mental, nas dinâmicas de poder e nas práticas interdisciplinares que envolvem a atuação do psicólogo, onde a coordenação social é fundamental para equilibrar direitos individuais e o bem comum.

A quarta perspectiva é a ética sentimentalista, também chamada de empírica, associada ao pensamento de David Hume. Para Hume, os princípios morais não derivam da razão, mas dos sentimentos. O juízo moral nasce da simpatia e da capacidade de nos colocarmos no lugar do outro (Hume, 2001). Essa abordagem rompe com a tradição racionalista e destaca a dimensão afetiva e relacional da ética aspecto profundamente relevante para a Psicologia, ciência que lida, em grande parte, com os afetos, as emoções e as relações humanas. Nessa perspectiva, o reconhecimento da alteridade, a escuta

empática e a atenção ao sofrimento psíquico encontram fundamento em uma concepção ética que valoriza os sentimentos morais e as disposições afetivas como base da convivência humana.

Por fim, tem-se a ética utilitarista, representada por Jeremy Bentham e John Stuart Mill. Essa corrente sustenta que o critério fundamental da “ação moral é a maximização da utilidade isto é, a promoção da maior felicidade para o maior número de pessoas” (Mill, 1987, p. 16). Bentham introduziu a ideia de uma “aritmética moral”, baseada no cálculo das consequências em termos de prazeres e dores. Mill, por sua vez, refinou essa proposta ao distinguir entre prazeres superiores e inferiores, incorporando a dimensão qualitativa à análise moral. A ética utilitarista exerce forte influência nos debates contemporâneos sobre políticas públicas, justiça social, saúde coletiva e, também, em decisões clínicas. No campo da Psicologia, esse paradigma contribui para a reflexão sobre dilemas nos quais o bem-estar coletivo entra em tensão com os direitos individuais, exigindo ponderações éticas baseadas em consequências e impactos sociais.

Após esse panorama introdutório das principais correntes éticas, é possível afunilar o debate em direção à bioética, que surgiu na segunda metade do século XX diante dos avanços da biomedicina e da tecnologia. A bioética pode ser compreendida como ciência “ética da vida” que tem como objetivo delimitar as margens para limites e finalidades da intervenção científica na vida do homem (Leone; Privitera; Cunha, 2001). A bioética preocupa-se em explicitar que toda a prática da saúde, antes de técnica, é invariavelmente um ato ético que necessita ser justificado e supõe uma responsabilidade moral (Gracia, 1998).

No contexto da psicologia, a bioética permite pensar os desafios éticos não apenas do ponto de vista normativo, mas também existencial e relacional. O psicólogo, ao lidar com o sofrimento humano, com a fragilidade subjetiva e com contextos de vulnerabilidade social, está constantemente diante de decisões éticas complexas que envolvem a escuta, o sigilo, a responsabilidade institucional e o cuidado com a dignidade do outro. A bioética, nesse sentido, não é um conjunto fixo de normas, mas um espaço de deliberação ética diante da complexidade do real.

Assim, a proposta desta seção foi oferecer uma introdução teórico-filosófica à ética e à bioética, contextualizando o debate que será aprofundado nas próximas seções do artigo, dedicadas especificamente ao Código de Ética do Psicólogo, aos dilemas contemporâneos da profissão e às práticas éticas no cotidiano clínico e institucional.

Tensão conceitual e implicações na *Práxis*: da autonomia absoluta à relacional

O profissional de psicologia, assim como aqueles atuantes em outras áreas da saúde, deve manter-se atento em relação às recomendações estabelecidas pelo seu Código de Ética (Conselho Federal de Psicologia, 2005), assegurando a qualidade e responsabilidade

no exercício da profissão. Em específico, ressaltar-se-á o princípio da autonomia, que detém interfaces com a bioética e não dispõe de interpretação homogênea na literatura (Kaufman, 2024).

A partir das contribuições de Kaufman (2024), tem-se que o princípio de autonomia, um dos pilares centrais quando tratamos de bioética, distingue-se em duas abordagens principais: a absoluta e a relacional. Assim sendo, enquanto a autonomia absoluta fundamenta-se, especialmente, a partir das contribuições da bioética principialista, a autonomia relacional emerge na bioética de inspiração feminista como uma resposta crítica a essa concepção tradicional.

Cabe, portanto, apresentar um breve histórico das abordagens bioéticas e suas diferentes concepções sobre a autonomia. A primeira vertente que marcou a consolidação da bioética, disciplina que propõe-se a estudar a ética da vida, foi o principialismo (Martignago, 2021). Desenvolvida por Tom Beauchamp e James Childress ao final da década de 70, essa primeira formulação teórica ancorou-se nas diretrizes do *Belmont Report*, apropriando-se dos princípios de autonomia, justiça, beneficência, e integrando-lhes a não maleficência (Bandeira; Almeida, 2008).

No que tange à autonomia, a partir da ótica principialista, esta define-se como sendo a:

(...) capacidade de autogoverno, compreensão, raciocínio, deliberação, escolha independente e ação voluntária de um indivíduo diante de uma intervenção em saúde (quando uma pessoa quer uma ação sem estar sob o controle de alguma influência)" (Camargo-Borges; Mishima; McNamee; 2008, p. 10).

Ou seja, refere-se ao direito e à habilidade do indivíduo em tomar decisões informadas sobre si mesmo, livre de coerções externas. Tal contribuição manteve-se em posição hegemônica por quase duas décadas após sua formulação. Contudo, a partir dos anos 90, críticas emergiram em relação a essa abordagem, que passou a ser considerada limitada diante de contextos marcados por desigualdades, sobretudo por sua insuficiência em contemplar a equidade e as especificidades socioculturais que atravessam os sujeitos (Martignago, 2021).

Nesse cenário de críticas ao principialismo, a bioética de inspiração feminista, começa a ganhar forma. Afinal, estamos todos realmente em condições de exercer nossa autonomia sem interferências externas? Até que ponto é possível sustentar a neutralidade que se prega? São questionamentos que levam algumas pesquisadoras a incorporarem o feminismo à bioética o que culmina, mais especificamente, no desenvolvimento da autonomia relacional (Diniz; Vélez, 1998; Guilhem, 2004; Bandeira; Almeida, 2008; Oliveira, 1995).

Diferentemente da autonomia absoluta, a autonomia relacional parte de uma perspectiva intersubjetiva e derivada do reconhecimento; ou seja, “(...) ela é assegurada por interações sociais de reconhecimento, em que sujeitos reconhecem e são reconhecidos nas esferas privada, social e jurídica” (Santos; Moreira; Sevilha; 2022, p. 1017). Logo, a autonomia deixa de ser concebida como uma capacidade isolada do indivíduo e passa a ser entendida como algo construído nas relações com o outro, considerando os vínculos afetivos, culturais e institucionais que moldam as decisões.

Assim sendo, ao nos afastarmos da responsabilização individual atribuída pela ótica principialista, compreendemos, sob o viés relacional, que a autonomia pode ser comprometida por violências, desrespeito, distintas formas de coação social que podem, inclusive, manifestar-se através da intervenção do psicólogo (Santos; Moreira; Sevilha, 2022; Zanello, 2018). Conforme sugerido por Gonzaga e Aras (2016), a *práxis* em Psicologia, por atravessar-se das condições sociopolíticas, deve considerar que o paciente insere-se em uma realidade marcada por *signos* sociais que recriminam certas escolhas e favorecem a estigmatização social sobre essas decisões.

Portanto, o Código de Ética do Psicólogo (2005) estabelece que é vedado o profissional

a) Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão; b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais (...). (Conselho Federal de Psicologia, 2005, p. 9).

A vedação ética supramencionada relaciona-se diretamente à importância da autonomia relacional para uma *práxis* psicológica humanizada. Ao proibir a discriminação, a indução de convicções e atos de opressão, o Código de Ética alinha-se à premissa de que a autonomia do indivíduo é socialmente construída e pode ser minada por forças externas. A exigência de respeito às escolhas pessoais do paciente é, em essência, o reconhecimento de que a capacidade de autogoverno do sujeito está intrinsecamente ligada à ausência de coerção e à promoção de um ambiente de reconhecimento e respeito, conforme postulado pela autonomia relacional.

Para além do já exposto, ressalta-se ainda a relevância da superação do reducionismo e da mecanização na prática psicológica, a fim de não reproduzir práticas que desconsiderem as singularidades do paciente e sua possibilidade de escolher novas performances (Cabral; Farias, 2023). Tais performances, por vezes desalinhadas das expectativas socialmente atribuídas, podem gerar sofrimento psíquico e, por isso, devem ser legitimadas no interior do *setting* terapêutico (Zanello, 2018).

Portanto, o profissional de psicologia deve reconhecer o sujeito como um agente ativo, capaz de ressignificar experiências e desafiar expectativas normativas, construindo novos sentidos para sua existência e exercendo sua autonomia. Destarte, compreendida sob a ótica relacional, a autonomia configura-se, em última análise, como um convite à construção de espaços terapêuticos acolhedores e empoderadores, nos quais a voz do paciente é efetivamente valorizada e sua capacidade de agência reconhecida dentro do contexto sócio-histórico, marcado por assimetrias de gênero, raça e classe (Zanello, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da saúde mental no Brasil reflete uma profunda e necessária transição de um modelo manicomial segregacionista para uma abordagem psicossocial comunitária. Desde o isolamento histórico em instituições asilares, o país testemunhou movimentos transformadores, como a “Carta de Bauru” e a promulgação da Lei 10.216/2001, que institucionalizaram a proteção dos direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico e impulsionaram a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa reforma, impulsionada pela luta antimanicomial e pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou valorizar a inserção social, o protagonismo do usuário e a atenção integral.

No entanto, o campo da saúde mental ainda enfrenta desafios persistentes, que ameaçam os avanços conquistados. O subfinanciamento crônico, a precária articulação da rede de cuidados e as tentativas de retrocesso político, com propostas que visam reviver o modelo asilar, demonstram a fragilidade de um sistema ainda em construção. A pandemia da COVID-19 exacerbou essas vulnerabilidades, intensificando o sofrimento psíquico da população e expondo as deficiências na estrutura de atendimento, reforçando a urgência de políticas públicas robustas focadas na prevenção, promoção e cuidado em liberdade.

Nesse contexto dinâmico e complexo, as reflexões a partir da ética e da bioética emergem como um pilar indispensável para a atuação profissional em saúde mental, especialmente na psicologia. A análise das diferentes correntes éticas, da virtude à deontologia, da coordenação social ao sentimentalismo e utilitarismo, oferece um arcabouço conceitual para ponderar os limites, responsabilidades e compromissos inerentes ao cuidado com o outro. Essa base filosófica é crucial para discernir o que constitui uma ação moralmente correta, considerando não apenas as consequências, mas também o respeito à dignidade humana.

Particularmente, o princípio da autonomia assume uma relevância central, revelando-se em duas abordagens distintas: a absoluta e a relacional. Enquanto a primeira, advinda do princípalismo, enfatiza a capacidade individual de autogoverno e decisão livre de coerções externas, a autonomia relacional, inspirada pela bioética feminista, reconhece a intersubjetividade e a influência de fatores sociais, culturais e relacionais. Essa distinção é vital para a prática psicológica, pois permite compreender que a autonomia do indivíduo não é uma capacidade isolada, mas sim algo construído e, por vezes, comprometido por

contextos de desigualdade e coação.

Diante disso, o Código de Ética do Psicólogo alinha-se intrinsecamente à perspectiva da autonomia relacional, ao vedar práticas que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência ou a indução de convicções. Ao proibir tais condutas, o código reforça a premissa de que a capacidade de autogoverno do paciente está ligada à ausência de coerção e à promoção de um ambiente de reconhecimento e respeito. Isso implica que o profissional deve ir além de uma visão individualista, considerando a realidade sociopolítica do paciente e as formas como o contexto pode estigmatizar ou limitar suas escolhas.

Em suma, a saúde mental no Brasil, com sua rica história de reforma e seus desafios atuais, exige uma prática clínica e institucional profundamente embasada em princípios éticos e bioéticos. A superação do reducionismo e a validação das singularidades do paciente, sob a ótica da autonomia relacional, são fundamentais para construir espaços terapêuticos acolhedores e empoderadores. Reconhecer o paciente como um agente ativo, capaz de ressignificar sua existência dentro de um contexto sócio-histórico, é o convite final para uma psicologia que verdadeiramente promove a dignidade, a agência e o bem-estar em um cenário de constantes transformações.

REFERÊNCIAS

- ABBÁ, G. **História crítica da Filosofia moral**. São Paulo: IBCF Raimundo Lúlio, 2011.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AQUINO, T. de. **Suma Teológica**. Trad. Luiz João Baraúna. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2001.
- BANDEIRA, L.; ALMEIDA, T. M. C. de. Bioética e feminismo: um diálogo em construção. **Revista Bioética**, [S. L], v. 16, n. 2, p. 173-189, 2008. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/66/69. Acesso em: 01 jul. 2025.
- BENTHAM, J.; MILL, J. S. **Os pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1979.
- BORBA, L. O.; ROSA, D. V.; SANTOS, M. S. **História da Loucura e da Psiquiatria no Brasil**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2001.
- BORGES, M. de L.; DALL'AGNOL, D.; DUTRA, D. V. **O que você precisa saber sobre ética**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- CABRAL, H. L. T. B.; FARIAS, E. S. M. de. Saúde mental: conceitos e contribuições do diálogo entre bioética e psicologia. In: CABRAL, H. B.; MOREIRA, R. V.; SILVA, K. de M. (org.). **Bioética em debate**: saúde, direito e dignidade em interfaces. Campos dos Goytacazes: Encontrografia Editora, 2023. p. 233-243.

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S.; MCNAMEE, S. Da Autonomia à Responsabilidade Relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, [S. L], v. 1, n. 1, p. 8-19, 2008. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v1n1/v1n1a03.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. 20 p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 25 maio 2025.

DINIZ, D.; VÉLEZ, A. C. G. Bioética feminista: a emergência da diferença. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 255-263, jul./dez. 1998. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/43904050> Acesso em: 20 jun. 2025.

EUFLAUZINO, J. F.; FERRAZ DE A, M. L.; BORGHI, N. S. “Pay attention when turning a corner”: an overview of mental health policies in Brazil. **Mental Health Global Challenges Journal**, v. 4, n. 2, p. 122, 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. Barueri: Atlas, 2023.

GRACIA, D. (1998). Bioética clínica. Bogotá: El Búho.

GUIMARÃES, Rafael G. S. *A Reforma Psiquiátrica no Brasil: trajetória, avanços e desafios*. Cadernos de Saúde Pública, v. 17, n. 2, p. 459-475, 2001. Acesso em: 01 jul. 2025.

HOBBS, T. **Leviatã**: ou Matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil. SP: Martins Fontes, 2003.

HUME, D. **Tratado da natureza humana**. São Paulo: Abril Cultural, 1974. (Coleção Os Pensadores)

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Iluminuras, 1999.

KAUFMAN, J. M. El acceso diferenciado a la ciudadanía en la bioética feminista. Cadernos de Campo: **Revista de Ciências Sociais**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 1-26, 28 nov. 2024. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/18991>. Acesso em: 01 jul. 2025.

LEONE, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J. T. **Dicionário de Bioética**. Aparecida: Santuário, 2001.

MARTIGNAGO, M. L. **Bioética Feminista no Brasil**: origem, trajetória e perspectivas. 2021. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/227014/PGSC0290-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 02 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde 2001**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

SANTOS, T. V. dos; MOREIRA, M. C. N.; SEVILHA, M. A ética do cuidado e cuidado paliativo pediátrico: um diálogo possível. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 1011-

1019, abr. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2023.v28n4/1011-1019/pt>. Acesso em: 25 jun. 2025.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Editora Appris, 2018. 301 p.