

SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE: PERSPECTIVAS, EVIDÊNCIAS E PRÁTICAS DE CUIDADO

VOLUME 1

Organizadores

Lucélia Rodrigues Afonso
Antonia Waldiana Lima Leandro
Lídia Maria de Almeida Rocha
Francisca Cristiane Silva Santos
Milena Albino Bantim
Maria José dos Santos Caetano de Mesquita
Auricelio Tavares de Sousa
Maria Haroldina Uchôa de Medeiros



SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE: PERSPECTIVAS, EVIDÊNCIAS E PRÁTICAS DE CUIDADO

VOLUME 1

Organizadores

Lucélia Rodrigues Afonso
Antonia Waldiana Lima Leandro
Lídia Maria de Almeida Rocha
Francisca Cristiane Silva Santos
Milena Albino Bantim
Maria José dos Santos Caetano de Mesquita
Auricelio Tavares de Sousa
Maria Haroldina Uchôa de Medeiros



Editora Omnis Scientia

**SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE:
PERSPECTIVAS, EVIDÊNCIAS E PRÁTICAS DE CUIDADO**

Volume 1

1ª Edição

RECIFE - PE

2026

Editor-Chefe

Dr. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Lucélia Rodrigues Afonso

Antonia Waldiana Lima Leandro

Lídia Maria de Almeida Rocha

Francisca Cristiane Silva Santos

Milena Albino Bantim

Maria José dos Santos Caetano de Mesquita

Auricelio Tavares de Sousa

Maria Haroldina Uchôa de Medeiros

Conselho Editorial

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho – ESS-UTAD – Portugal

Dr. Cássio Brancalone – UFFS – Brasil

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva – UEPa – Brasil

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão – UPE – Brasil

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Wendel José Teles Pontes – UFPE – Brasil

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial

S255

Saúde mental na contemporaneidade : perspectivas, evidências e práticas de cuidado : volume 1 [recurso eletrônico] / organizadores Lucélia Rodrigues Afonso ... [et al.]. — 1. ed. — Recife : Omnis Scientia, 2026. Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-284-0598-5

DOI: 10.47094/978-65-284-0598-5

1. Saúde mental - Brasil. 2. Política de saúde mental - Brasil. 3. Serviços de saúde mental - Brasil. 4. Reforma do sistema de saúde - Brasil. 5. Psiquiatria social. I. Afonso, Lucélia Rodrigues.

CDD23: 362.20981

I-0309261

Bibliotecária: Priscila Pena Machado - CRB-7/6971

Editora Omnis Scientia

Av. República do Líbano, nº 251, Sala 2205, Torre A,
Bairro Pina, CEP 51.110-160, Recife-PE.

Telefone: +55 87 99920-5762

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A saúde mental ocupa, na contemporaneidade, lugar central entre os grandes desafios da saúde pública, das políticas sociais e das práticas de cuidado. As transformações sociais, econômicas, culturais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas modificaram profundamente os modos de viver, trabalhar, relacionar-se e produzir saúde, ampliando a necessidade de compreender o sofrimento psíquico para além de perspectivas exclusivamente individuais ou biomédicas.

Nesse cenário, falar de saúde mental implica reconhecer sua natureza complexa, multidimensional e atravessada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, familiares, territoriais e culturais. Ansiedade, depressão, estresse, sofrimento relacionado ao trabalho, isolamento social, violência, uso problemático de substâncias, vulnerabilidades sociais e diferentes formas de sofrimento emocional constituem fenômenos que não podem ser analisados de maneira fragmentada. Ao mesmo tempo, torna-se fundamental valorizar estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos, acolhimento, reabilitação psicossocial e construção de redes de cuidado capazes de responder às necessidades singulares dos indivíduos e das coletividades.

É nesse contexto que se insere a obra **Saúde Mental na Contemporaneidade: desafios, evidências e práticas de cuidado**, concebida como espaço de reflexão, atualização científica e compartilhamento de conhecimentos sobre diferentes dimensões do cuidado em saúde mental. Ao reunir estudos, experiências e abordagens diversas, o livro busca contribuir para uma compreensão ampliada dos fenômenos relacionados à saúde mental, articulando evidências científicas, práticas profissionais e perspectivas voltadas à integralidade da atenção.

A contemporaneidade apresenta desafios específicos para o campo da saúde mental. A intensificação das relações de trabalho, a precarização laboral, as desigualdades sociais, as experiências de violência, as mudanças nas relações familiares, o envelhecimento populacional, os impactos das tecnologias digitais e das redes sociais, bem como as consequências de crises sanitárias e sociais, produzem novas demandas e, ao mesmo tempo, aprofundam problemas historicamente existentes. Diante dessa realidade, cuidar da saúde mental exige respostas interdisciplinares, interprofissionais e intersetoriais, capazes de integrar diferentes saberes e reconhecer a diversidade das experiências humanas.

Mais do que identificar transtornos ou sintomas, o cuidado contemporâneo em saúde mental demanda escuta qualificada, acolhimento, vínculo, respeito à autonomia e reconhecimento da subjetividade das pessoas. Significa compreender que cada indivíduo possui uma história, uma inserção social, relações afetivas, condições materiais de existência e modos particulares de enfrentar situações de sofrimento. Por essa razão, nenhuma estratégia de cuidado pode ser verdadeiramente integral quando desconsidera o

contexto em que o sujeito vive.

Nesse sentido, a produção de evidências científicas desempenha papel essencial. O desenvolvimento de pesquisas permite identificar fatores de risco e proteção, compreender a distribuição dos problemas de saúde mental nas populações, avaliar intervenções e aprimorar políticas, serviços e tecnologias de cuidado. Entretanto, a evidência científica alcança sua maior relevância quando consegue dialogar com a realidade concreta dos serviços, dos profissionais, dos usuários e das comunidades.

A saúde mental também deve ser compreendida como responsabilidade compartilhada. Embora os serviços especializados desempenhem função indispensável, sua promoção não pode permanecer restrita aos espaços tradicionais de assistência psiquiátrica ou psicológica. A atenção primária à saúde, os hospitais, as instituições de ensino, os ambientes de trabalho, as famílias, os serviços de assistência social e os diferentes espaços comunitários constituem territórios fundamentais para a identificação precoce do sofrimento, a promoção do bem-estar e a construção de redes de proteção e cuidado.

No contexto brasileiro, essa discussão adquire significado particular diante da trajetória da Reforma Psiquiátrica e da consolidação de modelos de atenção baseados no cuidado em liberdade, na territorialidade, na inclusão social e na defesa dos direitos humanos. A construção de uma atenção psicossocial efetiva pressupõe não apenas a existência de serviços, mas sua articulação em redes capazes de oferecer cuidado contínuo, humanizado e adequado às necessidades das pessoas em diferentes momentos da vida.

Outro aspecto fundamental corresponde ao enfrentamento do estigma relacionado ao sofrimento psíquico. Apesar dos avanços científicos e sociais, preconceitos ainda dificultam a procura por ajuda, fragilizam vínculos sociais e podem intensificar o sofrimento daqueles que vivenciam transtornos mentais ou situações de vulnerabilidade emocional. Produzir conhecimento e ampliar o debate sobre saúde mental constituem, portanto, importantes estratégias para combater estigmas, favorecer o reconhecimento precoce das necessidades de cuidado e fortalecer práticas baseadas no respeito, na dignidade e na inclusão.

A pluralidade de temas apresentada nesta obra reflete a própria complexidade do campo da saúde mental. Cada capítulo contribui, a partir de diferentes perspectivas, para ampliar a compreensão sobre os desafios contemporâneos e sobre as possibilidades de intervenção, prevenção, promoção e cuidado. Essa diversidade representa uma das principais riquezas do livro, permitindo aproximar distintos campos profissionais e favorecer o diálogo entre assistência, ensino, pesquisa e gestão.

Destina-se, assim, a estudantes, pesquisadores, docentes, profissionais de saúde, gestores e demais interessados na construção de práticas mais sensíveis às necessidades humanas e sociais relacionadas à saúde mental. Espera-se que sua leitura contribua não apenas para a ampliação de conhecimentos, mas também para o desenvolvimento de novos questionamentos, investigações e estratégias de cuidado.

Falar de saúde mental na contemporaneidade é, sobretudo, falar de pessoas, vínculos, territórios, direitos e possibilidades de existência. É reconhecer que promover saúde mental significa criar condições para que indivíduos e comunidades possam desenvolver suas potencialidades, estabelecer relações significativas, enfrentar adversidades e participar de maneira ativa da vida social.

Que esta obra possa, portanto, constituir um espaço de encontro entre saberes e experiências, estimulando reflexões e fortalecendo práticas comprometidas com uma atenção integral, ética, humanizada e fundamentada em evidências. Que seus capítulos contribuam para ampliar o olhar sobre o sofrimento psíquico e, sobretudo, para reafirmar que cuidar da saúde mental é também cuidar da dignidade, da autonomia, dos vínculos e das possibilidades de vida de cada pessoa.

Boa leitura!

APRESENTAÇÃO

A saúde mental constitui uma das dimensões mais complexas e desafiadoras do cuidado em saúde na contemporaneidade. Compreendê-la exige ultrapassar uma perspectiva centrada exclusivamente no diagnóstico e no tratamento dos transtornos mentais, reconhecendo a influência das condições sociais, familiares, econômicas, laborais e assistenciais sobre o sofrimento humano. É nessa perspectiva ampliada que se estrutura esta obra, reunindo reflexões sobre diferentes contextos nos quais a saúde mental se manifesta como necessidade individual, coletiva e social.

Os capítulos que compõem este livro abordam diferentes momentos e circunstâncias da vida, mas encontram-se unidos por uma compreensão comum: o sofrimento psíquico não ocorre de maneira isolada. Ele se relaciona às experiências vividas, às condições concretas de existência, aos vínculos familiares e sociais, ao adoecimento, ao trabalho e à capacidade dos serviços e das políticas públicas de oferecer respostas adequadas às necessidades das pessoas.

O primeiro eixo de discussão volta-se para a saúde mental de crianças e adolescentes, reconhecendo esse período como fundamental para o desenvolvimento humano e para a construção de vínculos, identidades e projetos de vida. O capítulo dedicado à saúde mental infantojuvenil discute desafios contemporâneos como ansiedade, depressão, comportamento suicida, violência, bullying, cyberbullying e desigualdades sociais, ao mesmo tempo em que analisa as possibilidades de cuidado no Sistema Único de Saúde. Destacam-se o papel da Atenção Primária à Saúde, dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis, da família, da escola e das redes intersetoriais na promoção, prevenção e atenção integral.

Em outra perspectiva, a obra aproxima a saúde mental da experiência do adoecimento onco-hematológico e do Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas. Por meio das trajetórias de pacientes submetidos a tratamentos de elevada complexidade, são discutidos sofrimento psíquico, depressão, comportamento suicida, autonomia, relações familiares, cuidados paliativos e enfrentamento da finitude. Sob o questionamento provocativo “Quanto vale uma vida?”, o capítulo chama atenção para dimensões que dificilmente podem ser representadas por indicadores econômicos tradicionais: dor, medo, perdas, ruptura de projetos de vida, alteração da imagem corporal, afastamento da família e o significado atribuído ao tempo de vida.

Essa discussão evidencia que os custos do adoecimento ultrapassam medicamentos, procedimentos e hospitalizações. Existem custos intangíveis, relacionados à qualidade de vida, ao sofrimento emocional, à autonomia, aos vínculos afetivos e às transformações impostas pela doença. Reconhecer essas dimensões amplia a compreensão do cuidado e reforça a necessidade de integração entre assistência clínica, saúde mental, suporte

familiar e cuidados paliativos.

O terceiro eixo desloca o olhar para aqueles que diariamente produzem o cuidado: os trabalhadores da saúde. A precarização das relações de trabalho, a sobrecarga, as jornadas extensas, a insegurança ocupacional, a insuficiência de recursos e a pressão por produtividade constituem fatores capazes de repercutir diretamente sobre a saúde mental dos profissionais. Ansiedade, depressão, estresse ocupacional, burnout, absenteísmo, presenteísmo e afastamentos do trabalho demonstram que cuidar da saúde mental dos trabalhadores é também condição necessária para garantir qualidade e continuidade da assistência.

Ao aproximar saúde mental e economia da saúde, essa discussão mostra ainda que o adoecimento dos trabalhadores produz consequências que ultrapassam a esfera individual, repercutindo sobre produtividade, rotatividade profissional, segurança do paciente, qualidade assistencial e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, políticas de valorização profissional, melhores condições de trabalho e estratégias permanentes de promoção da saúde mental devem ser compreendidas não apenas como medidas de proteção ao trabalhador, mas como investimentos na qualidade e na sustentabilidade dos serviços de saúde.

Embora abordem populações e experiências distintas, os capítulos convergem em um aspecto fundamental: a saúde mental precisa ser compreendida a partir da integralidade do sujeito e das condições em que sua vida se desenvolve. A criança em sofrimento emocional, o paciente que enfrenta uma doença grave e a possibilidade da finitude e o trabalhador submetido a condições laborais adversas expressam, em diferentes contextos, a necessidade de cuidado que reconheça a singularidade das experiências humanas.

Da mesma forma, os textos reforçam que as respostas ao sofrimento psíquico não podem permanecer restritas aos serviços especializados. A promoção da saúde mental depende da articulação entre diferentes níveis de atenção, profissionais, famílias, escolas, redes comunitárias, políticas sociais e instituições de trabalho. Prevenção, identificação precoce, acolhimento, acompanhamento longitudinal e cuidado multiprofissional constituem elementos essenciais para evitar que situações de sofrimento evoluam para formas mais graves de adoecimento.

Assim, esta obra propõe um olhar contemporâneo e interdisciplinar sobre a saúde mental, articulando evidências científicas, políticas públicas, experiências de cuidado e reflexões sobre os custos humanos e sociais do adoecimento. Mais do que apresentar problemas, os capítulos convidam à construção de práticas capazes de reconhecer o sofrimento, fortalecer vínculos, preservar a autonomia e promover cuidado digno, integral e humanizado.

Espera-se que as reflexões aqui reunidas contribuam para estudantes, pesquisadores, profissionais da saúde, gestores e demais interessados na compreensão da saúde mental como dimensão indissociável da saúde integral. Ao percorrer diferentes fases da vida

e distintos cenários de cuidado, o livro reafirma que promover saúde mental significa, sobretudo, reconhecer sujeitos em sua totalidade, compreender seus contextos e construir respostas que considerem não apenas a doença, mas também a vida, os vínculos, o trabalho, a dignidade e as possibilidades de cuidado.

SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE: PERSPECTIVAS, EVIDÊNCIAS E PRÁTICAS DE CUIDADO

RESUMO: A saúde mental constitui um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas de saúde, exigindo abordagens capazes de integrar aspectos biológicos, psicológicos, sociais, familiares, econômicos e laborais. Este livro reúne reflexões e evidências sobre diferentes contextos de sofrimento psíquico, articulando perspectivas da Saúde Coletiva, da atenção psicossocial, da saúde do trabalhador e do cuidado a pessoas submetidas a tratamentos de elevada complexidade. A obra aborda a saúde mental infantojuvenil no Sistema Único de Saúde, destacando fatores de vulnerabilidade, violência, bullying, cyberbullying, comportamento suicida, desigualdades sociais e a importância da articulação entre Atenção Primária à Saúde, Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis, família, escola e redes intersetoriais. Discute também as repercussões psicológicas, familiares e existenciais do adoecimento onco-hematológico e do Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas, incluindo depressão, risco suicida, autonomia, cuidados paliativos, finitude e custos intangíveis relacionados à dor, ao sofrimento e à perda da qualidade de vida. Outro eixo examina a precarização do trabalho e seus efeitos sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde, considerando sobrecarga, jornadas exaustivas, instabilidade dos vínculos, burnout, absenteísmo, presenteísmo e repercussões econômicas para o Sistema Único de Saúde. Ao integrar esses diferentes cenários, a obra evidencia que o sofrimento psíquico não pode ser compreendido de forma isolada ou exclusivamente biomédica. Conclui-se que o fortalecimento da saúde mental requer práticas integrais, humanizadas e interdisciplinares, capazes de promover prevenção, identificação precoce, cuidado longitudinal, proteção de direitos, valorização dos vínculos e respeito à singularidade dos sujeitos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Atenção Psicossocial. Cuidado Integral. Sistema Único de Saúde. Promoção da Saúde.

MENTAL HEALTH IN CONTEMPORARY TIMES: PERSPECTIVES, EVIDENCE, AND CARE PRACTICES

ABSTRACT: Mental health represents one of the major contemporary challenges for health systems, requiring approaches capable of integrating biological, psychological, social, family, economic, and occupational dimensions. This book brings together reflections and evidence on different contexts of psychological distress, articulating perspectives from Public Health, psychosocial care, occupational health, and the care of people undergoing highly complex treatments. The book addresses child and adolescent mental health within the Brazilian Unified Health System, highlighting vulnerability factors, violence, bullying, cyberbullying, suicidal behavior, social inequalities, and the importance of coordination among Primary Health Care, Child and Adolescent Psychosocial Care Centers, families, schools, and intersectoral networks. It also discusses the psychological, family, and existential repercussions of onco-hematological illness and Hematopoietic Stem Cell Transplantation, including depression, suicide risk, autonomy, palliative care, finitude, and intangible costs related to pain, suffering, and loss of quality of life. Another section examines the precarization of work and its effects on the mental health of healthcare workers, considering work overload, long working hours, employment instability, burnout, absenteeism, presenteeism, and economic repercussions for the Brazilian Unified Health System. By integrating these different scenarios, the book demonstrates that psychological distress cannot be understood in isolation or exclusively from a biomedical perspective. It concludes that strengthening mental health care requires comprehensive, humanized, and interdisciplinary practices capable of promoting prevention, early identification, longitudinal care, protection of rights, strengthening of social bonds, and respect for individual singularities.

KEYWORDS: Mental Health. Psychosocial Care. Comprehensive Care. Unified Health System. Health Promotion.

INTRODUÇÃO GERAL

A saúde mental ocupa posição central nas discussões contemporâneas sobre saúde, qualidade de vida e organização dos sistemas de cuidado. Seu entendimento ultrapassa a presença ou ausência de transtornos mentais, abrangendo formas de sofrimento que se relacionam às experiências de vida, às condições sociais, aos vínculos afetivos, ao trabalho, ao adoecimento físico e às possibilidades de acesso a redes de apoio e proteção. Dessa forma, compreender a saúde mental exige reconhecer a complexidade dos fatores que interferem na maneira como os sujeitos vivenciam situações de vulnerabilidade, enfrentam adversidades e constroem estratégias de cuidado.

Nas últimas décadas, mudanças sociais, econômicas, tecnológicas e laborais contribuíram para tornar ainda mais visíveis diferentes manifestações de sofrimento psíquico. Ansiedade, depressão, comportamento suicida, esgotamento emocional, isolamento social e perda da qualidade de vida passaram a ocupar espaço crescente nas agendas de saúde pública. Esses fenômenos, entretanto, não podem ser analisados exclusivamente sob uma perspectiva individual ou biomédica, uma vez que se encontram fortemente relacionados às condições concretas de existência e às desigualdades que atravessam os diferentes grupos populacionais.

Essa compreensão ampliada torna-se particularmente relevante quando se observam diferentes momentos e contextos do ciclo da vida. Crianças e adolescentes podem experimentar sofrimento associado a conflitos familiares, violência, dificuldades escolares, discriminação, bullying, uso problemático das tecnologias digitais e fragilidade das redes de apoio. Em outra etapa, pessoas submetidas a tratamentos de elevada complexidade podem enfrentar medo, alterações corporais, perda de autonomia, incerteza quanto ao prognóstico e questões relacionadas à finitude. Da mesma forma, trabalhadores expostos a jornadas intensas, precarização, insegurança ocupacional e pressão por produtividade podem desenvolver sofrimento psíquico e diferentes formas de adoecimento mental.

Tais situações demonstram que a saúde mental deve ser compreendida a partir de uma perspectiva integral, que considere simultaneamente fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, familiares e culturais. Essa abordagem amplia a capacidade de reconhecer necessidades que nem sempre são expressas por diagnósticos formais, mas que produzem repercussões importantes sobre a vida cotidiana, os vínculos sociais, a capacidade funcional e a participação dos indivíduos em seus diferentes espaços de existência.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, essa perspectiva encontra respaldo nos princípios da integralidade, da equidade e da atenção territorial. O cuidado em saúde mental não pode se restringir aos serviços especializados, devendo envolver diferentes pontos da rede assistencial e dialogar com outros setores sociais. Atenção Primária à Saúde, serviços especializados, escolas, famílias, redes comunitárias, assistência social e espaços de trabalho podem assumir papéis complementares na identificação do sofrimento,

na prevenção de agravos e na construção de respostas mais próximas das necessidades concretas dos sujeitos.

Outro aspecto relevante diz respeito às repercussões do sofrimento psíquico que ultrapassam a esfera individual. O adoecimento mental pode comprometer relações familiares, trajetórias educacionais, inserção profissional, continuidade de tratamentos, produtividade, qualidade da assistência e sustentabilidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, os impactos associados à saúde mental incluem tanto custos mensuráveis quanto dimensões intangíveis, relacionadas à dor, à perda de qualidade de vida, à redução da autonomia, ao desgaste das relações e às mudanças nos projetos pessoais e familiares.

A análise desses diferentes contextos evidencia a necessidade de superar respostas fragmentadas e construir práticas capazes de integrar prevenção, promoção, cuidado longitudinal, suporte psicossocial e respeito à autonomia. Isso implica reconhecer o sofrimento antes que ele alcance níveis mais graves, fortalecer redes de apoio, qualificar profissionais e ampliar estratégias de cuidado que considerem não apenas a doença, mas também as condições em que cada sujeito vive, trabalha, estabelece vínculos e atribui significado às próprias experiências.

Partindo dessa perspectiva, esta obra reúne diferentes abordagens sobre saúde mental na contemporaneidade, buscando aproximar evidências científicas, experiências assistenciais e reflexões sobre os determinantes sociais do sofrimento psíquico. Ao considerar distintos grupos e cenários, pretende-se contribuir para uma compreensão mais ampla da saúde mental como dimensão essencial da vida e como responsabilidade compartilhada entre indivíduos, famílias, profissionais, instituições e políticas públicas.

Assim, mais do que discutir manifestações específicas de adoecimento, o livro propõe uma reflexão sobre os desafios contemporâneos do cuidado em saúde mental e sobre a necessidade de respostas integradas, humanizadas e socialmente comprometidas. Reconhecer a complexidade dessas experiências constitui passo fundamental para construir práticas capazes de proteger a vida, preservar a dignidade, fortalecer vínculos e promover melhores condições de saúde e bem-estar.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....19

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO

José Gilberto Ribeiro

Nadêdja Bandeira Garcia

Anna Lúcia Martins Viana

Francisca Paiva Paulino

Andréa Lima Cavalcante

Maria Liduina Galdino Duarte

Catarina Elias de Siqueira

Daniela Lima Santiago

Michelle da Silva Sales

DOI: 10.47094/978-65-284-0598-5/19-36

CAPÍTULO 2.....37

SAÚDE MENTAL NO ADOECIMENTO ONCO-HEMATOLÓGICO: “QUANTO VALE UMA VIDA?” SOFRIMENTO PSÍQUICO, FINITUDE E CUSTOS INTANGÍVEIS

Maria Cleide Freitas Holanda

Eline Freitas Holanda

Gláucia Maria Correia de Moura

Jeani Inês Rodrigues do Nascimento

Maria Helena de Araújo

Érika Rejane Juvenal Delfino

Ana Carla Costa Rodrigues

Maria José de Oliveira

Lucileide Gomes da Silva

DOI: 10.47094/978-65-284-0598-5/37-55

CAPÍTULO 3.....	56
------------------------	-----------

PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA SOB A PERSPECTIVA DA ECONOMIA DA SAÚDE

Sandra Barbosa Nunes

Verônica Oliveira Gonçalves

Ana Cristina Porfírio de Moura Brasil

Cristiane Mônica Fernandes de Moura

Marcevânia Evangelista Freitas

Daniele Freitas de Oliveira Queiroz

Rita Valéria da Silva

Claudenilcio Nogueira de Queiroz

Maria Izelia Gomes

DOI: 10.47094/978-65-284-0598-5/56-67

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO

José Gilberto Ribeiro¹;

E-mail: jgilberto@hotmail.com

Nadêdja Bandeira Garcia²;

E-mail: nadedjabandeira@gmail.com

Anna Lúcia Martins Viana³;

E-mail: annalucia.mviana@gmail.com

Francisca Paiva Paulino⁴;

E-mail: franciscapaivapaulino@hotmail.com

Andréa Lima Cavalcante⁵;

E-mail: andrea_cavalcante77@yahoo.com.br

Maria Liduina Galdino Duarte⁶;

E-mail: liduinagaldino@gmail.com

Catarina Elias de Siqueira⁷;

E-mail: catarinaeliasdesiqueira@gmail.com

Daniela Lima Santiago⁸;

E-mail: daniela_santiago@hotmail.com

Michelle da Silva Sales⁹.

Email: salesmichelle2009@hotmail.com

RESUMO: **Introdução:** A saúde mental infantojuvenil constitui importante desafio para os sistemas de saúde, diante da crescente ocorrência de ansiedade, depressão, autolesão, comportamento suicida, violência, bullying, cyberbullying e outras formas de sofrimento psíquico que repercutem no desenvolvimento, nas relações familiares, no desempenho escolar e na participação social de crianças e adolescentes. **Objetivo:** Analisar os desafios contemporâneos da saúde mental infantojuvenil no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo a organização da atenção psicossocial e as principais estratégias de promoção, prevenção e cuidado. **Método:** Trata-se de revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. A busca contemplou publicações entre janeiro de 2020 e agosto de 2026 nas bases MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO e

Scopus, além de documentos normativos e políticas públicas relevantes para a organização da atenção psicossocial infantojuvenil no Brasil. Os achados foram analisados de maneira interpretativa e organizados por aproximação temática. **Resultados:** Evidenciou-se que o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes apresenta natureza multifatorial, relacionando-se a desigualdades sociais e territoriais, violência, fragilidade dos vínculos, dificuldades escolares e familiares e novas vulnerabilidades associadas aos ambientes digitais. Persistem desafios relacionados ao acesso, à fragmentação do cuidado, à articulação da Rede de Atenção Psicossocial e à qualificação profissional. A Atenção Primária à Saúde apresenta papel estratégico na promoção da saúde mental, identificação precoce e acompanhamento longitudinal, enquanto os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis são fundamentais para situações de maior complexidade. Destacou-se ainda a necessidade de articulação entre saúde, educação, assistência social, família e comunidade. **Conclusão:** O fortalecimento da saúde mental infantojuvenil no SUS requer uma rede territorial, integrada e intersetorial, capaz de articular prevenção, identificação precoce, cuidado contínuo e atenção especializada, assegurando assistência integral, humanizada e adequada às singularidades de crianças e adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Criança. Adolescente. Sistema Único de Saúde. Atenção Psicossocial.

INTRODUÇÃO

A saúde mental de crianças e adolescentes constitui uma dimensão fundamental da saúde integral e do desenvolvimento humano, envolvendo aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais, familiares, sociais e culturais. Sua compreensão ultrapassa a identificação e o tratamento de transtornos mentais, abrangendo também a promoção do bem-estar, a prevenção do sofrimento psíquico e o fortalecimento de fatores de proteção. Nessa perspectiva, crianças e adolescentes devem ser considerados em sua integralidade e em interação permanente com a família, a escola, a comunidade e as condições sociais nas quais estão inseridos (UNICEF, 2021; OMS, 2025).

A relevância desse campo é evidenciada pela magnitude dos problemas de saúde mental entre adolescentes. Estimativas da Organização Mundial da Saúde indicam que aproximadamente um em cada sete adolescentes entre 10 e 19 anos apresenta algum transtorno mental, sendo ansiedade, depressão e problemas comportamentais importantes causas de adoecimento e incapacidade nessa etapa da vida. Quando não identificadas e adequadamente acompanhadas, essas condições podem repercutir na trajetória escolar, nas relações interpessoais, na inserção social e na saúde durante a vida adulta (OMS, 2025). No Brasil, Silva *et al.* (2023), ao investigarem estudantes do ensino médio, encontraram prevalência de 17,3% de alto risco de suicídio, associada, entre outros aspectos, ao comportamento autolesivo, menor apoio social e maior risco de depressão, ansiedade e estresse.

O sofrimento psíquico infantojuvenil apresenta natureza multifatorial e não deve ser compreendido exclusivamente a partir de características individuais. Pobreza, desigualdades sociais, violência, abuso, negligência, conflitos familiares, discriminação, bullying, dificuldades escolares e fragilidade das redes de apoio podem ampliar situações de vulnerabilidade. Em contrapartida, vínculos familiares e comunitários fortalecidos, acesso à educação, relações sociais significativas, oportunidades de lazer e disponibilidade de serviços públicos constituem importantes fatores de proteção (OMS, 2025). As transformações sociais contemporâneas acrescentam ainda questões relacionadas ao uso intensivo das tecnologias digitais e redes sociais, às pressões pelo desempenho escolar e aceitação social e às mudanças nas formas de interação entre crianças, adolescentes e seus pares (UNICEF, 2021).

No Brasil, a constituição de políticas específicas de saúde mental infantojuvenil está relacionada ao processo da Reforma Psiquiátrica e à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, representou um importante marco ao estabelecer direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionar o modelo de atenção em saúde mental, fortalecendo princípios como cuidado comunitário, proteção dos direitos humanos e superação progressiva de práticas centradas na institucionalização (Brasil, 2001). Para a população infantojuvenil, esse processo contribuiu para ampliar o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e participantes do próprio processo de cuidado (Tavares, 2020).

A organização desse cuidado foi fortalecida com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088/2011, que propõe a articulação de diferentes serviços e pontos de atenção para garantir assistência territorial, contínua e integral às pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais (Brasil, 2011). No atendimento às crianças e aos adolescentes, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi), serviços comunitários especializados destinados, especialmente, às situações de sofrimento psíquico intenso e às condições que demandam acompanhamento multiprofissional especializado. Entretanto, o cuidado não deve permanecer restrito aos CAPSi, sendo necessária a articulação desses serviços com os demais componentes da rede e com diferentes setores envolvidos na proteção e no desenvolvimento da população infantojuvenil (Brasil, 2014; Tavares, 2020).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel estratégico por sua proximidade com os territórios, famílias e comunidades e pela possibilidade de acompanhamento longitudinal. Esse nível de atenção pode contribuir para a promoção da saúde mental, identificação precoce de situações de sofrimento, prevenção de agravos, acolhimento e encaminhamento responsável quando necessário. Esswein *et al.* (2021) destacam a importância da Atenção Básica na atenção à saúde mental infantil, embora reconheçam dificuldades relacionadas à formação dos profissionais e à organização das práticas assistenciais. De modo semelhante, Fernandes *et al.* (2022) ressaltam a necessidade de fortalecer a qualificação profissional e ampliar a capacidade das equipes

da APS para lidar com demandas relacionadas à saúde mental infantojuvenil.

A complexidade dessas demandas também evidencia a importância da intersectorialidade. O cuidado integral pressupõe articulação entre saúde, educação, assistência social, família, sistema de garantia de direitos e recursos comunitários. A escola, por sua proximidade cotidiana com crianças e adolescentes, pode contribuir para reconhecer alterações comportamentais e emocionais, situações de violência e dificuldades de convivência, além de desenvolver ações de promoção da saúde. Entretanto, a resposta às demandas de saúde mental não deve ser atribuída isoladamente ao setor educacional ou aos serviços especializados, exigindo corresponsabilização entre os diferentes atores da rede (Brasil, 2014; Praisner; Cervo, 2023).

Apesar dos avanços alcançados no âmbito do SUS, persistem desafios relacionados às desigualdades territoriais na oferta de serviços, dificuldades de articulação da RAPS, insuficiência de profissionais qualificados, fragmentação do cuidado e obstáculos à continuidade assistencial. Somam-se a esses elementos a persistência do estigma associado aos transtornos mentais e a tendência de encaminhar aos serviços especializados situações que poderiam ser acolhidas e acompanhadas em outros pontos da rede (Esswein *et al.*, 2021; Fernandes *et al.*, 2022; Praisner; Cervo, 2023). O enfrentamento dessas limitações requer fortalecimento da atenção territorial, qualificação profissional, ampliação das estratégias preventivas e maior articulação entre os diferentes serviços e políticas públicas.

Diante desse cenário, compreender os desafios contemporâneos relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes torna-se essencial para o aprimoramento das políticas e práticas desenvolvidas no Sistema Único de Saúde. Assim, esta revisão narrativa tem como objetivo analisar os desafios contemporâneos da saúde mental infantojuvenil no contexto do SUS, discutindo a organização da atenção psicossocial e as principais estratégias de promoção, prevenção e cuidado, com ênfase na atuação da Atenção Primária à Saúde, dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis e das redes intersectoriais de atenção e proteção.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvida com a finalidade de reunir, discutir e interpretar a produção científica relacionada à saúde mental de crianças e adolescentes no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nos desafios contemporâneos e nas estratégias de promoção, prevenção e cuidado. A revisão narrativa permite abordar determinado objeto de maneira ampla, favorecendo a integração de estudos com diferentes desenhos metodológicos e a construção de uma análise crítica acerca do estado do conhecimento sobre o tema (Rother, 2007; Ferrari, 2015).

Diferentemente das revisões sistemáticas, as revisões narrativas não pressupõem, necessariamente, uma estratégia rígida e exaustiva de busca e seleção dos estudos, sendo particularmente adequadas para discutir temas abrangentes, contextualizar conceitos e analisar diferentes perspectivas teóricas e empíricas (Grant; Booth, 2009). Entretanto, a descrição clara dos procedimentos empregados na localização e seleção das publicações contribui para aumentar a transparência, a consistência e a qualidade desse tipo de revisão (Green *et al.*, 2006; Baethge *et al.*, 2019).

A questão norteadora definida para orientar a revisão será: quais são os principais desafios contemporâneos relacionados à saúde mental infantojuvenil no âmbito do Sistema Único de Saúde e quais estratégias de promoção, prevenção e cuidado têm sido descritas na literatura científica?

A busca bibliográfica foi realizada nas bases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Scopus, contemplando publicações no período de janeiro de 2020 a agosto de 2026. O recorte temporal foi estabelecido com a finalidade de privilegiar evidências recentes e discussões relacionadas às transformações contemporâneas da saúde mental infantojuvenil. Entretanto, documentos normativos, políticas públicas e publicações consideradas fundamentais para a compreensão histórica e organizacional da atenção psicossocial infantojuvenil no SUS poderão ser incluídos independentemente do ano de publicação.

Para a elaboração da estratégia de busca, serão utilizados descritores controlados identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH), associados a termos livres pertinentes ao objeto estudado. Serão considerados, em português e inglês, termos relacionados a “saúde mental”, “saúde mental infantil”, “saúde do adolescente”, “criança”, “adolescente”, “Sistema Único de Saúde”, “serviços de saúde mental”, “atenção psicossocial”, “Atenção Primária à Saúde” e “Centros de Atenção Psicossocial”.

Os descritores serão combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, adaptando-se a sintaxe às características de cada base consultada. Entre as estratégias que poderão ser utilizadas encontram-se: (“saúde mental” OR “saúde mental infantil”) AND (criança OR adolescente) AND (“Sistema Único de Saúde” OR SUS); (“saúde mental” AND “saúde do adolescente”) AND (“atenção psicossocial” OR “Atenção Primária à Saúde”); e, na língua inglesa, (“mental health” OR “child mental health”) AND (child OR adolescent) AND (“Unified Health System” OR Brazil).

A busca foi realizada em agosto de 2026, foram incluídos artigos científicos originais, estudos qualitativos e quantitativos, estudos observacionais, pesquisas avaliativas e artigos de revisão que abordaram a saúde mental de crianças e/ou adolescentes e apresentem relação com a organização, o acesso ou as práticas de cuidado desenvolvidas no SUS. Também integraram a análise documentos oficiais do Ministério da Saúde e outros

dispositivos normativos diretamente relacionados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), aos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e às políticas destinadas à saúde mental de crianças e adolescentes.

Foram excluídas publicações duplicadas, estudos cujo objeto esteja exclusivamente relacionado à população adulta ou idosa, trabalhos que não apresentem relação direta com a saúde mental infantojuvenil, pesquisas realizadas exclusivamente em contextos internacionais sem elementos aplicáveis à discussão do SUS, editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos, trabalhos acadêmicos não publicados em periódicos científicos e publicações cujo texto completo não esteja disponível para análise. Estudos internacionais foram ser utilizados pontualmente quando apresentarem evidências relevantes para contextualizar tendências, problemas emergentes ou recomendações relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes.

A seleção das publicações ocorreu inicialmente por meio da leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura integral dos textos considerados potencialmente pertinentes. Durante essa etapa, será considerada a relação de cada publicação com a questão norteadora e com os objetivos da revisão. A adoção de critérios explícitos de seleção, mesmo em revisões narrativas, contribui para reduzir escolhas arbitrárias e fortalecer a coerência entre a literatura selecionada e os objetivos propostos (Ferrari, 2015; Baethge *et al.*, 2019).

Para organização e análise do material selecionado, foram extraídas informações referentes a autoria, ano de publicação, local ou contexto do estudo, objetivo, desenho metodológico, população investigada, principais resultados e contribuições para a compreensão da saúde mental infantojuvenil no SUS. Os achados foram analisados de maneira interpretativa e agrupados por aproximação temática, buscando identificar convergências, divergências, lacunas e desafios apontados pela literatura.

A síntese narrativa foi organizada em eixos temáticos relacionados à: (1) saúde mental infantojuvenil e desafios contemporâneos; (2) principais manifestações de sofrimento psíquico e fatores de vulnerabilidade; (3) organização da atenção à saúde mental infantojuvenil no SUS e na RAPS; (4) atuação da Atenção Primária à Saúde e dos CAPSi; (5) participação da família, da escola e das redes intersetoriais; e (6) desafios e perspectivas para o fortalecimento do cuidado integral. Essa forma de organização possibilita integrar diferentes tipos de evidências e construir uma interpretação ampla sobre o fenômeno investigado, característica própria das revisões narrativas (Green *et al.*, 2006; Grant; Booth, 2009).

Por utilizar exclusivamente informações provenientes de publicações científicas e documentos de acesso público, sem envolvimento direto de seres humanos e sem utilização de dados individuais identificáveis, a revisão não prevê coleta de dados primários. Serão observados, entretanto, os princípios de integridade científica, reconhecimento da autoria das fontes utilizadas e rigor na apresentação e interpretação das evidências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura evidenciou que a saúde mental infantojuvenil constitui um desafio crescente para os sistemas de saúde, tanto no Brasil quanto internacionalmente. Os estudos brasileiros apontam para a coexistência de elevada frequência de sofrimento psíquico, desigualdades sociais e territoriais, violência, dificuldades de acesso e fragilidades na articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A literatura internacional apresenta achados convergentes e demonstra que ampliar a disponibilidade de serviços especializados, isoladamente, não é suficiente para responder às necessidades de crianças e adolescentes, sendo necessária uma combinação de promoção da saúde, prevenção, identificação precoce, atenção comunitária e integração entre diferentes serviços e setores.

A síntese dos achados foi organizada nos seguintes eixos: saúde mental infantojuvenil e desafios contemporâneos; determinantes sociais, violência e novas vulnerabilidades; papel da Atenção Primária à Saúde; CAPSi e atenção psicossocial; escola, família e intersetorialidade; e desafios e perspectivas para o fortalecimento do cuidado no SUS.

Saúde mental infantojuvenil e desafios contemporâneos

As evidências demonstram magnitude expressiva dos problemas relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes. Marchionatti *et al.* (2026), em ampla revisão sistemática da produção brasileira, identificaram prevalências de transtornos mentais que variaram aproximadamente entre 10,8% e 19,9%, dependendo da idade, localidade e instrumento empregado. Os autores ressaltam, entretanto, a inexistência de um grande estudo epidemiológico nacional baseado em avaliação diagnóstica padronizada, o que dificulta estimativas precisas sobre a magnitude dos transtornos mentais na população infantojuvenil brasileira. A revisão também demonstrou concentração da produção científica nas regiões mais desenvolvidas do país, menor representação de grupos historicamente vulnerabilizados e insuficiência de intervenções avaliadas especificamente para a realidade brasileira.

Esses achados encontram correspondência na literatura internacional. Racine *et al.* (2021), em meta-análise envolvendo 29 estudos e 80.879 crianças e adolescentes de diferentes países durante a pandemia de COVID-19, estimaram prevalência agrupada de 25,2% para sintomas depressivos clinicamente elevados e de 20,5% para sintomas de ansiedade. Segundo os autores, essas prevalências foram aproximadamente duas vezes superiores às estimativas anteriores à pandemia, sendo particularmente elevadas entre adolescentes mais velhos e meninas. Os resultados reforçam a compreensão de que períodos de crise social e sanitária podem repercutir profundamente na saúde mental das novas gerações.

No Brasil, Zuccolo *et al.* (2023), em estudo longitudinal com 5.795 crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos, também identificaram frequências elevadas de sintomas emocionais durante a pandemia. Na avaliação inicial, foram observadas prevalências ponderadas de 29,7% para sintomas de ansiedade, 36,1% para sintomas depressivos e aproximadamente 36% para problemas emocionais. Maior idade, solidão, transtorno mental ou do neurodesenvolvimento prévio, experiências traumáticas, sofrimento psíquico dos pais, redução do tempo de sono, insegurança alimentar e diminuição do contato com familiares e pares estiveram associados a piores indicadores de saúde mental.

A comparação entre os achados brasileiros e internacionais demonstra que a pandemia não criou isoladamente o problema da saúde mental infantojuvenil, mas aprofundou vulnerabilidades já existentes. Racine *et al.* (2021) demonstraram a dimensão global do fenômeno, enquanto Zuccolo *et al.* (2023) evidenciaram como desigualdades socioeconômicas, insegurança alimentar e fragilidade dos vínculos sociais contribuíram para aumentar o sofrimento entre crianças e adolescentes brasileiros.

Entre as manifestações que requerem maior atenção encontram-se autolesão, ideação suicida e tentativas de suicídio. Silva, Assis e Avanci (2024), ao estudarem pré-adolescentes brasileiros, observaram associação entre ideação ou tentativa de suicídio e fatores como pior relacionamento com amigos, presença de familiar privado de liberdade e desempenho escolar inferior. Embora os resultados devam ser compreendidos dentro das características específicas da população investigada, demonstram que comportamentos relacionados ao suicídio podem se manifestar antes das fases finais da adolescência, exigindo estratégias preventivas desde etapas anteriores do desenvolvimento.

Costa *et al.* (2026), ao analisarem a tendência da mortalidade por suicídio no Brasil, identificaram crescimento do problema nas últimas décadas. Entre os estudos especificamente voltados aos adolescentes, nenhum indicou tendência de estabilização ou redução da mortalidade, reforçando a necessidade de posicionar a prevenção do suicídio como prioridade da política de saúde mental infantojuvenil brasileira.

Esses resultados indicam que o SUS necessita combinar ações populacionais de promoção da saúde mental com identificação precoce dos indivíduos em maior situação de vulnerabilidade. Isso pressupõe preparar profissionais da saúde, educação e assistência social para reconhecer mudanças comportamentais relevantes, autolesão, ideação suicida, isolamento persistente, violência e sofrimento emocional intenso, estabelecendo fluxos claros para acolhimento, avaliação de risco e acompanhamento longitudinal.

Determinantes sociais, violência e novas vulnerabilidades

Os resultados evidenciam que o sofrimento mental de crianças e adolescentes não pode ser compreendido exclusivamente por fatores individuais ou biológicos. As condições socioeconômicas, experiências familiares, relações escolares, território, situações de

violência e disponibilidade de redes de suporte interferem diretamente nas possibilidades de desenvolvimento saudável.

Marchionatti *et al.* (2026) chamam atenção para a exposição de crianças e adolescentes brasileiros à violência e para desigualdades que atingem de forma diferenciada populações negras, indígenas e outros grupos socialmente vulnerabilizados. A revisão destaca, particularmente, taxas preocupantes de suicídio entre jovens indígenas e a necessidade de ampliar a representatividade dessas populações nas pesquisas nacionais. Dessa maneira, a política de saúde mental infantojuvenil precisa estar articulada às políticas de redução das desigualdades, proteção social e enfrentamento da violência.

Fernandes *et al.* (2022) identificaram que profissionais da Atenção Básica vêm incorporando concepções mais amplas sobre a saúde mental infantojuvenil, reconhecendo desenvolvimento, relações familiares, determinantes sociais e qualidade de vida. Entretanto, permanecem elementos associados ao modelo biomédico, demonstrando que a mudança conceitual ainda convive com práticas centradas no diagnóstico e na especialização.

As relações estabelecidas nos ambientes digitais acrescentam uma dimensão contemporânea a essa discussão. Ferreira *et al.* (2026), em pesquisa com 480 adolescentes brasileiros de escolas públicas e privadas, identificaram associação significativa entre envolvimento com cyberbullying e desfechos negativos de saúde mental. A ideação suicida apresentou associação particularmente elevada entre vítimas e entre adolescentes que ocupavam simultaneamente as posições de vítima e agressor.

A literatura internacional corrobora essa preocupação. Li *et al.* (2024), em meta-análise de 42 estudos envolvendo 266.888 participantes, observaram que tanto o bullying tradicional quanto o cyberbullying estavam associados a depressão, autolesão, ideação suicida e tentativas de suicídio. Os riscos foram ainda maiores entre crianças e adolescentes expostos simultaneamente às duas formas de vitimização, evidenciando que violência presencial e digital não constituem fenômenos necessariamente independentes.

Entretanto, seria inadequado estabelecer uma relação linear entre utilização de redes sociais e transtornos mentais. Fassi *et al.* (2024), em revisão sistemática e meta-análise de 143 estudos, envolvendo mais de um milhão de adolescentes, identificaram associações positivas, porém de pequena magnitude, entre uso de mídias sociais e sintomas internalizantes. Os autores enfatizam que ainda existem limitações importantes na literatura, especialmente quanto às populações clínicas, o que recomenda cautela diante de interpretações que atribuam às redes sociais uma relação causal simples com depressão ou ansiedade.

Portanto, mais relevante do que considerar apenas o número de horas de exposição às tecnologias é analisar como, por que e em quais condições elas são utilizadas. Experiências de cyberbullying, exposição a conteúdos prejudiciais, comparação social, busca excessiva de validação, interrupção do sono e conflitos decorrentes do ambiente digital podem representar fatores de risco, enquanto comunicação com amigos, acesso

à informação e participação em comunidades de apoio também podem assumir funções protetoras.

Essa perspectiva é particularmente importante para o SUS, pois evita respostas exclusivamente proibitivas ou patologizantes. As ações de prevenção devem incluir educação digital, promoção do uso saudável das tecnologias, prevenção do cyberbullying, orientação às famílias e escolas e criação de espaços seguros nos quais crianças e adolescentes possam relatar experiências de violência ou sofrimento.

Atenção Primária à Saúde e identificação precoce

A literatura brasileira aponta a Atenção Primária à Saúde (APS) como componente fundamental para ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental infantojuvenil. A proximidade com as famílias e os territórios, a longitudinalidade e a possibilidade de acompanhar crianças e adolescentes ao longo do desenvolvimento conferem à APS posição estratégica para promoção da saúde, prevenção, identificação precoce, acompanhamento e coordenação do cuidado.

Entretanto, Esswein *et al.* (2021), em revisão integrativa da literatura brasileira, constataram que uma das respostas mais frequentes das equipes da Atenção Básica diante de problemas relacionados à saúde mental infantil consistia na identificação da demanda seguida de encaminhamento para profissionais ou serviços especializados. Foram menos frequentes as experiências em que situações de menor complexidade, permaneciam sendo acompanhadas pela própria Atenção Básica.

Essa dinâmica pode produzir um importante problema na organização da rede. Quando demandas leves ou moderadas são sistematicamente direcionadas aos serviços especializados, há maior possibilidade de sobrecarga dos CAPSi e de prolongamento das filas de espera. Por outro lado, simplesmente manter esses usuários na APS sem oferecer apoio técnico, capacitação e retaguarda especializada também não constitui resposta adequada.

A literatura internacional reforça a pertinência de modelos de atenção integrada. McHugh *et al.* (2024), em revisão sistemática e meta-análise de modelos integrados de cuidado em saúde mental para jovens, identificaram que esses modelos produziram pequena, porém significativa, redução dos sintomas depressivos em comparação aos cuidados habituais. Além disso, todos os estudos que avaliaram acesso ou engajamento relataram melhores resultados entre participantes atendidos nos modelos integrados. Equipes multidisciplinares, planejamento terapêutico compartilhado e formação dos profissionais apareceram entre os componentes mais frequentes dessas experiências.

Embora esses modelos tenham sido avaliados em sistemas de saúde distintos do brasileiro, seus princípios dialogam diretamente com pressupostos da RAPS. Para o SUS, o principal aprendizado não está na reprodução automática de modelos estrangeiros, mas

na valorização de mecanismos já compatíveis com sua organização, como matriciamento, compartilhamento de casos, equipes multiprofissionais, articulação entre atenção primária e especializada e elaboração conjunta de projetos terapêuticos.

Fernandes *et al.* (2022) também ressaltam que a formação, as experiências profissionais e a aproximação das equipes da APS com o campo da saúde mental influenciam as práticas desenvolvidas. Nesse sentido, o fortalecimento do cuidado infantojuvenil requer educação permanente, supervisão, apoio matricial e definição mais clara das responsabilidades dos diferentes pontos de atenção.

A APS pode assumir maior protagonismo em ações de promoção da saúde mental, acompanhamento familiar, identificação de violência, orientação parental, grupos educativos, prevenção do suicídio e articulação com escolas e serviços da assistência social. O cuidado especializado permaneceria indispensável diante de situações graves e complexas, mas deixaria de representar a única resposta possível ao sofrimento psíquico.

CAPSi e atenção psicossocial: cuidado especializado e territorial

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis constituem dispositivos estratégicos da RAPS para crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico intenso e situações de maior complexidade. Entretanto, o modelo psicossocial pressupõe que sua atuação ultrapasse a oferta de consultas psiquiátricas ou psicológicas, incorporando cuidado territorial, atuação interdisciplinar, participação familiar e articulação com outros serviços.

Bustamante *et al.* (2020), ao desenvolverem indicadores para avaliação dos CAPSi, identificaram seis dimensões relevantes para a qualidade desses serviços: acolhimento; Projeto Terapêutico Singular (PTS); brincar e ambiência; articulação com a rede; cuidado às famílias; e processo de trabalho e sofrimento institucional. Entre os indicadores propostos encontram-se articulação dos CAPSi com a Atenção Básica, construção compartilhada de PTS e interlocução com escolas, demonstrando que avaliar um serviço apenas pelo número de consultas realizadas oferece visão limitada de sua qualidade.

A perspectiva defendida por Tavares (2020) igualmente enfatiza que a atenção psicossocial deve reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos ativos do próprio processo terapêutico. O PTS torna-se, nessa perspectiva, mecanismo capaz de integrar necessidades clínicas, relações familiares, condições escolares, território e projetos de vida, evitando que o tratamento se limite ao controle de sintomas.

A Organização Mundial da Saúde (2024) adota orientação convergente ao defender que os serviços de saúde mental destinados a crianças e jovens sejam comunitários, acessíveis, oportunos, baseados em direitos, adequados ao desenvolvimento e articulados às famílias e comunidades. A OMS também destaca a necessidade de participação dos próprios usuários nas decisões relacionadas ao cuidado e de mecanismos permanentes de

monitoramento e melhoria da qualidade.

A comparação com as recomendações internacionais permite reconhecer que vários princípios considerados contemporaneamente fundamentais para os sistemas de saúde mental já estão presentes conceitualmente na Reforma Psiquiátrica brasileira e na RAPS. O desafio brasileiro encontra-se, portanto, menos na ausência desses princípios e mais na desigualdade de sua implementação entre diferentes territórios.

Essa situação torna-se particularmente evidente nos municípios que não dispõem de CAPSi. Leitão *et al.* (2025), ao analisarem itinerários terapêuticos em um município do interior sem esse dispositivo, encontraram trajetórias marcadas pela passagem por diferentes serviços e profissionais. A escola frequentemente participou da identificação inicial das necessidades, enquanto as unidades de saúde atuavam como pontos de encaminhamento. As dificuldades de acesso e continuidade demonstram que a inexistência de um CAPSi local exige forte organização regional para impedir que famílias percorram sucessivos serviços sem coordenação adequada.

Portanto, ampliar o cuidado não significa necessariamente instalar um CAPSi em cada município, mas assegurar que toda criança ou adolescente tenha acesso efetivo a uma rede organizada, com referência territorial, cuidado compartilhado, critérios claros de encaminhamento e mecanismos de comunicação entre atenção primária, serviços especializados e demais políticas públicas.

Escola, família e intersectorialidade

A escola emerge nos estudos como espaço privilegiado para promoção da saúde mental e reconhecimento precoce do sofrimento. Professores e demais profissionais da educação mantêm contato cotidiano com crianças e adolescentes e podem perceber mudanças comportamentais, isolamento, dificuldades de interação, alterações no desempenho, situações de violência e outros sinais relevantes.

Silva e Jurdi (2022), ao analisarem uma experiência de articulação entre CAPSi e professores da rede pública, verificaram que a aproximação entre saúde e educação produziu um espaço não apenas de formação, mas também de escuta e acolhimento aos próprios educadores. A experiência demonstra que a intersectorialidade adquire maior potencial quando ultrapassa o mero encaminhamento burocrático e cria espaços permanentes de diálogo e compartilhamento de responsabilidades.

A importância da escola encontra respaldo também na literatura internacional. Werner-Seidler *et al.* (2021), em revisão sistemática e meta-análise de 118 ensaios, envolvendo 45.924 participantes, constataram que programas psicológicos preventivos realizados em ambiente escolar produziram pequenos efeitos positivos na redução de sintomas depressivos e ansiosos. Programas direcionados a jovens com fatores de risco ou sintomas apresentaram resultados superiores aos programas universais para depressão. Os autores

alertam, entretanto, para a necessidade de estudar melhor como essas intervenções podem ser incorporadas de forma sustentável à rotina das escolas.

Esses resultados são particularmente pertinentes ao contexto brasileiro. A escola pode constituir ambiente privilegiado para promoção de habilidades socioemocionais, prevenção da violência e bullying, educação digital, identificação de sofrimento e encaminhamento responsável. Isso não significa, contudo, transformar professores em profissionais de saúde mental ou atribuir às instituições educacionais responsabilidade terapêutica.

A articulação com o Programa Saúde na Escola, a Atenção Primária e os CAPSi pode favorecer intervenções compartilhadas, respeitando as competências de cada setor. Dificuldades de aprendizagem, indisciplina ou comportamentos considerados diferentes não devem produzir automaticamente encaminhamentos para diagnóstico psiquiátrico. O diálogo entre saúde e educação é justamente uma possibilidade de distinguir necessidades pedagógicas, sociais, familiares e clínicas.

As famílias também desempenham papel fundamental na construção do cuidado. Elas podem constituir importante fonte de apoio, proteção e reconhecimento precoce de mudanças emocionais, mas também podem estar submetidas a pobreza, violência, sobrecarga, sofrimento mental dos cuidadores e outras condições capazes de limitar sua capacidade protetiva.

A participação familiar, portanto, não deve resultar em culpabilização. Os serviços precisam compreender pais, responsáveis e cuidadores também como sujeitos que podem necessitar de acolhimento, orientação e suporte. Nos contextos de vulnerabilidade socioeconômica ou violação de direitos, a articulação com assistência social, Conselho Tutelar e demais componentes da rede de proteção torna-se indispensável.

Dessa maneira, a intersetorialidade não deve ser entendida simplesmente como existência simultânea de diversos serviços. Ela pressupõe comunicação, pactuação de responsabilidades e construção conjunta de respostas. Saúde, educação, assistência social, cultura, esporte e sistema de garantia de direitos podem desempenhar funções complementares na promoção da saúde mental e no cuidado de crianças e adolescentes.

Desafios e perspectivas para o fortalecimento do cuidado no SUS

A comparação entre a literatura nacional e internacional demonstra importante convergência: sistemas de saúde centrados exclusivamente na atenção especializada apresentam dificuldades para responder à dimensão contemporânea das demandas de saúde mental infantojuvenil. A expansão do cuidado exige organização de uma rede que combine prevenção, identificação precoce, atenção primária, serviços especializados, apoio familiar, ações escolares e proteção social.

No Brasil, persistem desigualdades territoriais na oferta de serviços, dificuldades de articulação entre componentes da RAPS, insuficiência e rotatividade de profissionais,

limitações no apoio matricial e tendência à utilização do encaminhamento como principal resposta às demandas de saúde mental (Esswein *et al.*, 2021; Fernandes *et al.*, 2022; Leitão *et al.*, 2025).

A revisão nacional de Marchionatti *et al.* (2026) acrescenta uma preocupação importante: embora exista produção científica expressiva sobre saúde mental infantojuvenil no Brasil, intervenções efetivas continuam insuficientemente implementadas e avaliadas. Além disso, a concentração regional das pesquisas e a sub-representação de determinados grupos populacionais limitam a capacidade de generalização das evidências para toda a diversidade brasileira.

No cenário internacional, McHugh *et al.* (2024) demonstram que modelos integrados podem melhorar acesso e engajamento e produzir benefícios clínicos, ainda que modestos. Werner-Seidler *et al.* (2021), por sua vez, mostram que intervenções preventivas realizadas nas escolas podem reduzir sintomas de ansiedade e depressão. A OMS (2024) converge com essas evidências ao recomendar sistemas comunitários, articulados, inclusivos e baseados em direitos.

Essas experiências não devem ser transferidas mecanicamente para o Brasil. Entretanto, oferecem evidências que fortalecem princípios já presentes no SUS: territorialização, integralidade, trabalho multiprofissional, cuidado comunitário, articulação intersetorial e corresponsabilização. Portanto, o diálogo com a literatura internacional pode contribuir menos para importar novos modelos e mais para aperfeiçoar dispositivos já previstos no sistema brasileiro.

No campo da prevenção, os estudos sobre suicídio, bullying, cyberbullying e sofrimento emocional indicam necessidade de intervenções anteriores às situações de crise. Isso significa fortalecer ações na APS e nas escolas, prevenir violências, ampliar espaços de escuta, promover relações familiares e comunitárias protetoras, trabalhar educação digital e capacitar profissionais para identificar precocemente situações de risco.

Também se torna necessário evitar dois extremos: a subvalorização do sofrimento, que pode retardar intervenções importantes, e a patologização excessiva das experiências próprias do desenvolvimento, capaz de transformar conflitos sociais, escolares ou familiares em diagnósticos clínicos e respostas medicalizantes. A avaliação deve considerar intensidade, duração, comprometimento funcional, contexto, história de vida e presença de fatores de risco.

A participação de crianças e adolescentes constitui outro aspecto relevante. As recomendações internacionais enfatizam que os serviços não devem apenas desenvolver intervenções “para” essa população, mas construir estratégias “com” crianças, adolescentes e famílias (OMS, 2024). Esse princípio apresenta plena compatibilidade com a concepção psicossocial brasileira e com o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos.

Em síntese, a literatura analisada demonstra que o fortalecimento da saúde mental infantojuvenil no SUS depende menos da construção de respostas isoladas e mais da consolidação de uma rede territorial, comunitária, intersetorial e integrada. AAPS necessita ampliar sua capacidade de acolhimento e acompanhamento; os CAPSi devem preservar sua função estratégica diante das situações complexas; as escolas precisam ser incorporadas como parceiras na promoção e prevenção; e famílias e comunidades devem participar da construção dos projetos de cuidado.

Nesse sentido, a experiência internacional reforça, em grande medida, princípios que já estruturam conceitualmente a atenção psicossocial brasileira. O desafio contemporâneo consiste em transformar esses princípios em práticas acessíveis e equitativas em diferentes territórios, reduzindo desigualdades, prevenindo o agravamento do sofrimento e garantindo que crianças e adolescentes recebam atenção no momento oportuno, em liberdade, com respeito aos seus direitos, vínculos e singularidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão evidenciou que a saúde mental infantojuvenil constitui um importante desafio para o Sistema Único de Saúde, especialmente diante do aumento de situações relacionadas à ansiedade, depressão, autolesão, comportamento suicida, violência, bullying e cyberbullying. Esses problemas estão associados a fatores individuais, familiares, sociais, escolares e territoriais, exigindo uma abordagem integral e multiprofissional.

No âmbito do SUS, a Rede de Atenção Psicossocial desempenha papel fundamental na organização do cuidado. Entretanto, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes não deve ficar restrita aos CAPSi. A Atenção Primária à Saúde precisa participar de forma mais efetiva da promoção da saúde mental, identificação precoce do sofrimento, acompanhamento das famílias e articulação com os serviços especializados.

A literatura também reforça a importância da integração entre saúde, educação, assistência social, família e demais componentes da rede de proteção. A escola representa um espaço estratégico para promoção da saúde e identificação de situações de sofrimento, enquanto a participação da família deve ocorrer de forma acolhedora e sem culpabilização.

Conclui-se que o fortalecimento da saúde mental infantojuvenil no SUS depende da consolidação de uma rede integrada, territorial e intersetorial, com profissionais qualificados e serviços acessíveis. A ampliação das ações de prevenção, identificação precoce e cuidado contínuo pode contribuir para reduzir o agravamento do sofrimento psíquico e garantir uma atenção mais integral, humanizada e adequada às necessidades de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS e a Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: [Ministério da Saúde — SUS e a Saúde Mental](#). Acesso em: 29 ago. 2026.

BAETHGE, Christopher; GOLDBECK-WOOD, Sandra; MERTENS, Stephan. SANRA a scale for the quality assessment of narrative review articles. **Research Integrity and Peer Review**, London, v. 4, art. 5, 2019. DOI: 10.1186/s41073-019-0064-8.

BUSTAMANTE, Vania; ONOCKO-CAMPOS, Rosana; SILVA, Alice Andrade; TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos. Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi): resultados de uma pesquisa-intervenção. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, e190276, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190276.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da; UHR, Deborah; MAGALHÃES, Raphael Mendonça. A tendência do suicídio no Brasil e a questão da adolescência: uma revisão de escopo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 50, n. esp. 1, e10482, 2026. DOI: 10.1590/2358-28982026E110482P.

ESSWEIN, G. C.; ROVARIS, A. F.; ROCHA, G. P.; LEVANDOWSKI, D. C. Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 3765-3780, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.15602019.

FASSI, Luisa; THOMAS, Kirsten; PARRY, Douglas A.; LEYLAND-CRAGGS, Amelia; FORD, Tamsin J.; ORBEN, Amy. Social media use and internalizing symptoms in clinical and community adolescent samples: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Pediatrics**, Chicago, v. 178, n. 8, p. 814-822, 2024. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2024.2078.

FERREIRA, Taiza Ramos de Souza Costa; AVANCI, Joviana Quintes; WERNERSBACH-PINTO, Liana; ASSIS, Simone Gonçalves de. Cyberbullying e saúde mental em adolescentes: abordagem bidirecional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, 2026. DOI: 10.1590/1413-81232026318.07052026.

FERNANDES, A. D. S. A.; TÃNO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 30, e3102, 2022. DOI: 10.1590/2526-8910.ctoAO23473102.

FERRARI, Rossella. Writing narrative style literature reviews. **Medical Writing**, London, v. 24, n. 4, p. 230-235, 2015. DOI: 10.1179/2047480615Z.000000000329.

GRANT, Maria J.; BOOTH, Andrew. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. **Health Information & Libraries Journal**, Oxford, v. 26, n. 2, p. 91-108, 2009. DOI: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.

GREEN, Bart N.; JOHNSON, Claire D.; ADAMS, Alan. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. **Journal of Chiropractic Medicine**, [s. l.], v. 5, n. 3, p. 101-117, 2006. DOI: 10.1016/S0899-3467(07)60142-6.

LEITÃO, Igor Brum; AVELLAR, Luziane Zacché; MARTINS, Thays Picoli; MILOTI, Júlia; FERNANDES, Tharssa Karolynie da Silva Negreiros. Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, e00115824, 2025. DOI: 10.1590/0102-311XPT115824.

LI, Chao; WANG, Ping; MARTIN-MORATINOS, Marina; BELLA-FERNÁNDEZ, Marcos; BLASCO-FONTECILLA, Hilario. Traditional bullying and cyberbullying in the digital age and its associated mental health problems in children and adolescents: a meta-analysis. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 33, p. 2895-2909, 2024. DOI: 10.1007/s00787-022-02128-x.

MARCHIONATTI, Lauro Estivaletete *et al.* The science of child and adolescent mental health in Brazil: a nationwide systematic review and compendium of evidence-based resources. **BMJ Global Health**, London, v. 11, n. 7, e018542, 2026. DOI: 10.1136/bmjgh-2024-018542.

MCHUGH, Catherine *et al.* Integrated care models for youth mental health: a systematic review and meta-analysis. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 58, n. 9, p. 747-759, 2024. DOI: 10.1177/00048674241256759.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health of children and young people: service guidance**. Geneva: World Health Organization, 2024. 122 p. ISBN 978-92-4-010037-4.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health of adolescents**. Geneva: World Health Organization, 1 set. 2025. Disponível em: [WHO Mental health of adolescents](#). Acesso em: 29 ago. 2026.

PRAISNER, T.; CERVO, M. R. Saúde mental infanto-juvenil: o cuidado em municípios de pequeno porte. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 35, e5999, 2023. DOI: 10.22409/1984-0292/2023/v35/5999.

RACINE, Nicole; MCARTHUR, Brae Anne; COOKE, Jessica E.; EIRICH, Rachel; ZHU, Jenney; MADIGAN, Sheri. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. **JAMA Pediatrics**, Chicago, v. 175, n. 11, p. 1142-1150, 2021. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. DOI: 10.1590/S0103-21002007000200001.

SILVA, L. S. da; SILVA, P. A. da; DEMENECH, L. M.; VIEIRA, M. E. C. D.; SILVA, L. N.; DUMITH, S. C. Suicide risk in high school students: who are the most vulnerable groups? **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 41, e2021236, 2023. DOI: 10.1590/1984-0462/2023/41/2021236.

SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da; ASSIS, Simone Gonçalves de; AVANCI, Joviana Quintes. Cross-sectional study about suicide ideation and attempts among Brazilian pre-adolescents. **BMC Psychiatry**, London, v. 24, art. 701, 2024. DOI: 10.1186/s12888-024-06153-9.

SILVA, Carolina Donato da; JURDI, Andrea Perosa Saigh. Saúde mental infantojuvenil e a escola: diálogos entre profissionais da educação e da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 6, p. 97-108, 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E609.

TAVARES, J. de N. O cuidado psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil: desconstruindo saberes e reinventando saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1176-1188, 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012717.

WERNER-SEIDLER, Aliza; SPANOS, Samantha; CALEAR, Alison L.; PERRY, Yael; TOROK, Michelle; O'DEA, Bridianne; CHRISTENSEN, Helen; NEWBY, Jill M. School-based depression and anxiety prevention programs: an updated systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 89, 102079, 2021. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102079.

ZUCCOLO, Pedro Fonseca *et al.* Children and adolescents' emotional problems during the COVID-19 pandemic in Brazil. **European Child & Adolescent Psychiatry**, Berlin, v. 32, p. 1083-1095, 2023. DOI: 10.1007/s00787-022-02006-6.

SAÚDE MENTAL NO ADOECIMENTO ONCO-HEMATOLÓGICO: “QUANTO VALE UMA VIDA?” SOFRIMENTO PSÍQUICO, FINITUDE E CUSTOS INTANGÍVEIS

Maria Cleide Freitas Holanda¹;

E-mail: cleideholanda33@hotmail.com

Eline Freitas Holanda²;

E-mail: elineholanda@hotmail.com

Gláucia Maria Correia de Moura³;

E-mail: glauciamacorreia@gmail.com

Jeani Inês Rodrigues do Nascimento⁴;

E-mail: jeaniines1971@gmail.com

Maria Helena de Araújo⁵;

E-mail: helenaaraujo67@yahoo.com.br

Érika Rejane Juvenal Delfino⁶;

E-mail: erikadejane@hotmail.com

Ana Carla Costa Rodrigues⁷;

E-mail: carla.rodrigues@gmail.com

Maria José de Oliveira⁸;

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-6190-3756>

Lucileide Gomes da Silva⁹.

E-mail: lucileidekit@hotmail.com

RESUMO: **Introdução:** O adoecimento onco-hematológico e o Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) envolvem repercussões que ultrapassam as dimensões clínicas e os custos diretamente mensuráveis da assistência, podendo afetar saúde mental, autonomia, relações familiares, projetos de vida e percepção da finitude. **Objetivo:** Relatar e analisar reflexivamente as experiências de dois pacientes com neoplasias hematológicas submetidos ao TCTH, discutindo as repercussões psicológicas, familiares e existenciais do adoecimento e do tratamento, bem como os custos intangíveis, a importância da atenção multiprofissional, da prevenção do comportamento suicida e da integração dos cuidados paliativos. **Método:** Trata-se de relato de experiência, de natureza descritiva e reflexiva e abordagem qualitativa, construído a partir da experiência assistencial e da

análise retrospectiva de informações registradas em prontuários de dois pacientes adultos acompanhados em serviço especializado. Os participantes foram identificados como Caso 1 e Caso 2, com supressão ou generalização de informações potencialmente identificadoras.

Resultados: As trajetórias evidenciaram sofrimento físico e psicológico, sintomas depressivos, alterações da autonomia, hospitalizações recorrentes, ruptura de projetos de vida, repercussões familiares, medo da progressão da doença e enfrentamento da finitude. No Caso 1, destacaram-se a progressão da doença, o desejo de limitar intervenções de elevada intensidade, a valorização da convivência familiar e a necessidade de cuidados paliativos. No Caso 2, sobressaíram alterações da imagem corporal, vulnerabilidades familiares e sociais, depressão, resistência ao tratamento e episódios repetidos de comportamento suicida. As experiências evidenciaram custos intangíveis relacionados à dor, sofrimento emocional, perda de qualidade de vida, alterações familiares, autonomia e significado atribuído ao tempo de vida. **Conclusão:** O cuidado onco-hematológico não pode ser compreendido apenas pelos recursos empregados ou pelos resultados clínicos. A integração da saúde mental, do suporte multiprofissional e dos cuidados paliativos é fundamental para reconhecer as dimensões físicas, psicológicas, familiares, sociais e existenciais envolvidas no TCTH e promover uma assistência integral, humanizada e centrada na pessoa.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Neoplasias Hematológicas. Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas. Cuidados Paliativos. Custos Intangíveis.

INTRODUÇÃO

As neoplasias hematológicas constituem um grupo heterogêneo de doenças que inclui leucemias, linfomas e mieloma múltiplo e que, em determinadas situações, demanda terapias de elevada complexidade, prolongadas hospitalizações e acompanhamento contínuo. Entre as possibilidades terapêuticas encontra-se o Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH), procedimento potencialmente curativo para diferentes doenças hematológicas, mas associado a significativa morbidade, toxicidades agudas e tardias e importantes repercussões sobre a qualidade de vida dos pacientes.

O percurso relacionado ao TCTH ultrapassa a dimensão biológica da doença. Desde a indicação do procedimento até o período pós-transplante, os pacientes podem vivenciar incerteza quanto ao prognóstico, isolamento, alterações na rotina familiar e profissional, dependência de cuidadores, medo de complicações e possibilidade de recidiva. Ansiedade, depressão, alterações do sono, sofrimento relacionado à imagem corporal, estresse pós-traumático e outras manifestações psicológicas têm sido descritas entre pacientes submetidos ao transplante, demonstrando a necessidade de acompanhamento que contemple simultaneamente as dimensões físicas, emocionais e sociais do adoecimento (Janicsák; Ungvari; Gazdag, 2021).

O sofrimento psíquico pode adquirir maior intensidade quando o tratamento não apresenta a resposta esperada ou ocorre recidiva ou progressão da doença. Nesses momentos, o paciente é confrontado não apenas com a possibilidade de novas intervenções, mas também com os limites da terapêutica e com questões relacionadas à finitude. A experiência acumulada durante tratamentos anteriores, incluindo dor, náuseas, fadiga, infecções, hospitalizações e afastamento familiar, pode influenciar a maneira como o indivíduo avalia a possibilidade de continuar ou interromper tratamentos de alta intensidade.

A depressão constitui aspecto particularmente relevante nesse contexto. Revisão sistemática e meta-análise envolvendo 22.235 pacientes submetidos ao TCTH identificou associação entre depressão e piores desfechos após o transplante, reforçando a importância da avaliação sistemática da saúde mental ao longo do percurso terapêutico (Guillaume *et al.*, 2023). Dessa maneira, manifestações de desesperança, desejo de interromper o tratamento ou questionamentos acerca da continuidade das intervenções não devem ser interpretadas de maneira isolada, mas compreendidas no contexto clínico, psicológico, familiar e existencial de cada paciente.

A relação entre câncer e comportamento suicida também merece atenção. Evidências indicam que pessoas com câncer apresentam maior risco de morte por suicídio quando comparadas à população geral. Uma ampla revisão sistemática e meta-análise envolvendo mais de 22 milhões de pacientes identificou mortalidade por suicídio significativamente elevada nessa população, estando o risco relacionado, entre outros fatores, ao prognóstico, estágio da doença e período transcorrido desde o diagnóstico (Heinrich *et al.*, 2022). De maneira semelhante, Calati *et al.* (2021), em revisão de revisões sistemáticas e meta-análises, observaram risco de suicídio aproximadamente 1,5 a 1,7 vez superior entre pacientes com câncer em relação à população geral.

Essas evidências reforçam a necessidade de integrar a avaliação psicológica e psiquiátrica à assistência onco-hematológica, especialmente diante de depressão, desesperança, comportamento autolesivo, ideação suicida, agravamento da doença ou ausência de perspectivas terapêuticas modificadoras. O reconhecimento precoce dessas manifestações possibilita intervenções direcionadas à redução do sofrimento e à construção de decisões terapêuticas compatíveis com as necessidades e valores do paciente.

Nesse cenário, os cuidados paliativos assumem importância que não deve ser confundida com abandono terapêutico ou assistência restrita aos últimos dias de vida. Sua integração precoce ao cuidado de pacientes com neoplasias hematológicas e submetidos ao TCTH pode contribuir para manejo de sintomas, comunicação sobre prognóstico, definição de objetivos do tratamento, planejamento antecipado do cuidado e melhoria da qualidade de vida. Revisão recente sobre pacientes adultos submetidos ao TCTH alogênico demonstrou a relevância da integração interdisciplinar dos cuidados paliativos, especialmente diante da elevada carga de sintomas físicos e psicossociais (Short; Kuroki; Coombs, 2025).

No Brasil, recomendações recentes da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular também destacam a pertinência da integração precoce dos cuidados paliativos ao cuidado de pessoas com doenças hematológicas e submetidas ao TCTH, particularmente diante de elevada carga sintomática, sintomas refratários e sofrimento psicológico ou existencial moderado ou intenso (Ferreira *et al.*, 2026). A incorporação dessa perspectiva permite deslocar a discussão da dicotomia entre “tratar” e “não tratar” para uma compreensão mais ampla, na qual o cuidado permanece mesmo quando a possibilidade de controle ou cura da doença se reduz.

A experiência concreta dos pacientes permite compreender aspectos que dados epidemiológicos ou indicadores clínicos isolados nem sempre conseguem expressar. O relato de experiência, quando construído de forma crítica e fundamentada, possibilita transformar vivências assistenciais em objeto de reflexão científica, articulando acontecimentos, significados e práticas profissionais (Daltro; Faria, 2019; Mussi; Flores; Almeida, 2021).

Diante disso, este artigo tem como objetivo relatar e analisar reflexivamente as experiências de dois pacientes com neoplasias hematológicas submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas, discutindo as repercussões psicológicas, familiares e existenciais do adoecimento, das complicações terapêuticas e da possibilidade de progressão da doença, bem como a importância da atenção multiprofissional, da prevenção do comportamento suicida e da integração dos cuidados paliativos ao cuidado onco-hematológico.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e reflexiva e abordagem qualitativa, construído a partir da experiência assistencial relacionada ao acompanhamento de dois pacientes adultos com neoplasias hematológicas atendidos em serviço especializado, complementada pela análise retrospectiva de informações registradas em prontuários. O relato de experiência possibilita sistematizar criticamente vivências provenientes da prática profissional, transformando-as em conhecimento passível de diálogo com a literatura científica, desde que a descrição ultrapasse a simples apresentação cronológica dos acontecimentos e incorpore contextualização, fundamentação teórica e reflexão crítica (Daltro; Faria, 2019; Mussi; Flores; Almeida, 2021).

Considerando que o estudo apresenta trajetórias clínicas individualizadas e utiliza informações provenientes da assistência e de prontuários, sua organização também se aproxima metodologicamente dos relatos de casos clínicos. Dessa forma, a estruturação das narrativas considerou elementos das recomendações CARE (Case Report), que orientam a descrição transparente de informações do paciente, manifestações clínicas, cronologia dos acontecimentos, avaliação diagnóstica, intervenções terapêuticas, acompanhamento e desfechos (Gagnier *et al.*, 2013).

Os relatos foram selecionados intencionalmente por representarem experiências clínicas capazes de evidenciar diferentes dimensões do sofrimento relacionado às neoplasias hematológicas e ao TCTH. O primeiro caso corresponde a um paciente adulto com diagnóstico de leucemia mieloide crônica submetido ao TCTH, cuja trajetória pós-transplante foi marcada por reinternações, complicações clínicas, suspeita de atividade da doença, sofrimento emocional, discussão de cuidados paliativos e manifestação do desejo de limitar tratamentos de elevada intensidade.

O segundo caso corresponde a uma paciente adulta com linfoma de Hodgkin, também submetida ao TCTH, cuja trajetória terapêutica esteve atravessada por maternidade, toxicidades do tratamento antineoplásico, violência relacionada à exposição em ambiente digital, ruptura da estrutura familiar, depressão, resistência à continuidade terapêutica e sucessivos episódios de comportamento suicida.

As fontes de informação compreenderam os registros clínicos existentes nos prontuários, incluindo dados relativos ao diagnóstico, evolução da doença, realização do TCTH, internações, intervenções terapêuticas, complicações, acompanhamento ambulatorial e registros produzidos pela equipe multiprofissional. Foram considerados ainda, quando documentados no prontuário, relatos de pacientes e familiares e registros de atendimentos realizados por profissionais de psicologia e psiquiatria. Informações provenientes de relato familiar foram apresentadas de maneira diferenciada, com identificação de sua origem.

A organização do material ocorreu inicialmente pela reconstrução cronológica das trajetórias terapêuticas. Em seguida, as experiências foram examinadas a partir de núcleos reflexivos relacionados a: adoecimento e ruptura da vida cotidiana; repercussões físicas do tratamento; sofrimento psíquico; recidiva ou progressão da doença; relações familiares e projetos de vida; desejo de interrupção do tratamento; depressão e comportamento suicida; cuidados paliativos; e atuação da equipe multiprofissional. A interpretação desses núcleos foi realizada mediante diálogo com a literatura científica pertinente, permitindo aproximar as experiências singulares dos pacientes de questões mais amplas relacionadas ao cuidado onco-hematológico.

As narrativas não foram apresentadas com a finalidade de estabelecer relações causais ou generalizar os acontecimentos para o conjunto dos pacientes com neoplasias hematológicas. Buscou-se compreender criticamente experiências singulares e utilizá-las como ponto de partida para refletir sobre fenômenos relevantes para a prática assistencial. Conforme Mussi, Flores e Almeida (2021), o relato de experiência adquire caráter científico quando a vivência é organizada e interpretada criticamente, articulando descrição, diálogo com a produção científica e reflexão sobre seus significados.

No que se refere aos aspectos éticos, o presente estudo constitui um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Análise de custos de doenças infecciosas pós-transplante de células-tronco hematopoiéticas em um centro de referência do Nordeste brasileiro”, desenvolvida a partir de dados de pacientes acompanhados em serviço especializado.

A pesquisa que originou este recorte foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e aprovada sob o Parecer nº 4.686.566. Foram observados os princípios éticos aplicáveis às pesquisas envolvendo seres humanos e as orientações pertinentes à utilização de informações individualizadas provenientes da assistência (Brasil, 2012; Brasil, 2018).

A partir do conjunto de informações obtidas durante a pesquisa original, foi realizado um recorte analítico denominado “Quanto vale uma vida?”, direcionado à compreensão das dimensões humanas, emocionais, familiares e existenciais presentes nas trajetórias de pacientes com doenças hematológicas submetidos a tratamentos de elevada complexidade. Esse recorte buscou ultrapassar a perspectiva exclusivamente econômica da análise de custos, evidenciando aspectos que não podem ser mensurados monetariamente, como sofrimento, medo, perda de autonomia, ruptura de projetos de vida, impacto familiar, desesperança e enfrentamento da finitude.

Para preservação da confidencialidade e da privacidade dos participantes, foram identificados por códigos alfanuméricos, sendo denominados Caso 1 e Caso 2, com supressão ou generalização de informações potencialmente identificadoras. Dados potencialmente identificadores, como especialidade profissional, idade exata, número de filhos, datas específicas e detalhes de acontecimentos públicos, foram suprimidos ou generalizados. As informações utilizadas neste artigo são provenientes do material produzido no âmbito da pesquisa originalmente aprovada, incluindo registros disponíveis nos prontuários e, quando existentes, relatos registrados pela equipe assistencial.

A apresentação das experiências observou os princípios da dignidade, privacidade, confidencialidade e proteção dos participantes. O presente artigo constitui desdobramento qualitativo e reflexivo dos dados da pesquisa previamente aprovada, sem configurar investigação independente, com foco nos custos intangíveis do adoecimento, nas repercussões psicossociais do tratamento e nos significados atribuídos às experiências de doença, sofrimento e finitude.

RESULTADOS

A análise das experiências de dois pacientes submetidos ao TCTH permitiu identificar repercussões do adoecimento e do tratamento onco-hematológico que ultrapassam os custos diretamente relacionados à assistência à saúde. As trajetórias evidenciaram sofrimento físico e emocional, alterações nas relações familiares, ruptura de projetos de vida, medo da progressão da doença, perda de autonomia, hospitalizações recorrentes, depressão, comportamento suicida e enfrentamento da possibilidade de morte. Para apresentação dos resultados, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos, sendo denominados Caso 1 e Caso 2.

“Quanto vale uma vida?”: a experiência do caso 1

O caso 1 trata-se da experiência de um profissional da área da saúde, com diagnóstico de leucemia mieloide crônica. A suspeita inicial da doença surgiu a partir da percepção de alterações em seu próprio estado de saúde. Por sua formação profissional, reconheceu manifestações que poderiam estar relacionadas a uma doença hematológica, solicitou exames laboratoriais e, diante dos resultados, buscou atendimento especializado, quando foi confirmada a necessidade de início do tratamento.

Em 2018, foi submetido ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH). Após o procedimento e a alta hospitalar, iniciou uma fase marcada por sucessivas intercorrências clínicas. Pouco tempo depois, necessitou de nova hospitalização em decorrência de febre, náuseas, vômitos e intensa adinamia. Durante essa internação, realizou endoscopia digestiva alta, que evidenciou alterações inflamatórias e ulcerativas no trato gastrointestinal, sendo instituídos tratamentos antimicrobianos e antivirais conforme avaliação da equipe assistencial.

Ainda no mesmo período, apresentou novo episódio de febre associado à hipotensão, náuseas, vômitos, intensa fraqueza e lesões cutâneas pruriginosas, necessitando de outra hospitalização. Durante esse internamento, recebeu informações da equipe responsável pelo transplante de que havia possibilidade de atividade da doença. Após estabilização clínica, recebeu alta e permaneceu em acompanhamento ambulatorial.

Nos meses subsequentes, a evolução clínica exigiu nova internação e início de outro ciclo de tratamento antineoplásico. Nesse momento, diante da refratariedade ou progressão da doença e das limitações das possibilidades terapêuticas, a equipe iniciou discussão sobre cuidados paliativos e ele passou a ser acompanhado também por profissionais de psicologia e psiquiatria.

Os registros assistenciais evidenciaram sofrimento emocional intenso. O paciente apresentava sintomas depressivos e manifestava desejo de não prosseguir com tratamentos que implicassem novas hospitalizações prolongadas e elevado sofrimento físico. Sua formação na área da saúde parece ter influenciado a compreensão acerca do prognóstico e dos limites das terapias disponíveis. Ele reconhecia a gravidade da situação clínica e demonstrava preocupação crescente com a forma como gostaria de viver o tempo que ainda lhe restava.

Nesse momento, suas preocupações deslocaram-se progressivamente da tentativa de controle da doença para questões relacionadas à família e à organização da própria vida. Os registros apontavam preocupação com a esposa e os filhos, especialmente em relação à estabilidade financeira e às condições que lhes seriam deixadas após sua morte. O paciente manifestava o desejo de organizar assuntos financeiros, estar mais próximo da família e utilizar o tempo disponível para vivenciar experiências significativas com as pessoas com quem mantinha vínculos afetivos.

Também expressava vontade de viajar com os pais e permanecer em ambientes familiares, em contraposição à possibilidade de passar seus últimos meses submetido a internações recorrentes. Nesse contexto, a continuidade do tratamento passou a ser percebida por ele não apenas a partir da possibilidade de prolongamento da vida, mas também em função da qualidade e do significado atribuído ao tempo restante.

Ainda foram identificados registros de acompanhamento ambulatorial durante o primeiro semestre de 2019. Posteriormente, o paciente deixou de comparecer às consultas registradas no período acompanhado pela pesquisa. Durante a análise retrospectiva realizada no âmbito da dissertação, constatou-se que o mesmo havia falecido em 2019.

A trajetória do caso 1 evidenciou uma mudança progressiva na centralidade das preocupações relacionadas ao adoecimento. Inicialmente, predominavam diagnóstico, tratamento, transplante e controle das complicações clínicas. Com o agravamento da doença, passaram a adquirir maior relevância a autonomia, a convivência familiar, o desejo de evitar novas hospitalizações, a organização financeira dos familiares e a possibilidade de decidir como gostaria de viver o período final de sua vida.

A experiência do caso 2: adoecimento, ruptura familiar e comportamento suicida

Corresponde a uma mulher adulta, mãe de filhos dependentes, e recebeu diagnóstico de linfoma de Hodgkin após investigação de um nódulo cervical. O diagnóstico ocorreu após procedimento cirúrgico para retirada do nódulo e análise histopatológica, sendo então encaminhada para acompanhamento especializado em onco-hematologia.

No início do acompanhamento, entretanto, encontrava-se gestante. Em razão da gravidez e das particularidades clínicas do caso, o início do tratamento antineoplásico foi postergado até o nascimento da criança. Após o parto, iniciou a quimioterapia e passou a vivenciar efeitos adversos relacionados ao tratamento, entre eles alopecia, perda de peso, episódios intensos de vômitos e redução do apetite. Em etapa subsequente de sua trajetória terapêutica, foi também submetida ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas, passando a integrar o acompanhamento pós-transplante realizado no serviço.

A alopecia apresentou significado particular em sua experiência. Durante o período de tratamento, foi alvo de uma publicação ofensiva em rede social relacionada à alteração de sua imagem corporal. O episódio produziu repercussões que ultrapassaram a violência dirigida à sua aparência e foi seguido por uma grave ocorrência de violência envolvendo seu companheiro, com consequências legais e afastamento do convívio familiar.

A partir desses acontecimentos, o percurso de adoecimento passou a ser marcado não apenas pelas repercussões do câncer, do TCTH e dos demais tratamentos, mas também pelo afastamento do companheiro, pela responsabilidade relacionada aos filhos e pela reorganização das condições familiares. O adoecimento passou, portanto, a coexistir com uma ruptura abrupta da estrutura cotidiana e da rede de suporte familiar.

Segundo relato familiar registrado durante o acompanhamento, apresentou importante sofrimento psíquico, sintomas depressivos, resistência à continuidade do tratamento e sucessivos comportamentos suicidas. Foram relatadas quatro tentativas de suicídio em diferentes momentos de sua trajetória.

Os episódios ocorreram por diferentes meios e, em algumas situações, resultaram em necessidade de atendimento de urgência. Em uma das tentativas, a paciente foi encontrada em condição clínica grave e socorrida por um familiar. A repetição dos episódios evidenciou a intensidade do sofrimento psíquico vivenciado durante o percurso terapêutico.

Após esses acontecimentos, permaneceu vinculada ao acompanhamento em saúde, embora manifestasse resistência ao comparecimento às consultas. Segundo o relato familiar, a manutenção desse vínculo ocorria em grande medida pela participação ativa de um familiar próximo, que insistia na continuidade do acompanhamento.

A experiência do caso 2 revelou a sobreposição de diferentes formas de sofrimento. Ao impacto produzido pelo diagnóstico de uma neoplasia hematológica, pelo TCTH e pelos efeitos adversos dos tratamentos acrescentaram-se violência no ambiente digital, alteração da imagem corporal, afastamento do companheiro, modificações na dinâmica familiar, responsabilidades maternas, sofrimento depressivo e comportamento suicida.

Nesse percurso, o tratamento oncológico não ocorreu de maneira isolada das demais dimensões de sua vida. A continuidade da assistência passou a depender não somente da indicação clínica da terapêutica, mas também da capacidade da paciente e de sua rede de apoio de lidar com acontecimentos que ultrapassavam o próprio câncer.

Custos que não podem ser monetariamente mensurados

As duas experiências apresentaram trajetórias clínicas diferentes, porém convergiram ao demonstrar que o impacto das doenças hematológicas e de seus tratamentos não pode ser expresso exclusivamente por despesas hospitalares, medicamentos, procedimentos diagnósticos, internações ou custos relacionados ao transplante.

No caso 1, destacaram-se as sucessivas hospitalizações, a progressão ou refratariedade da doença, o sofrimento associado à possibilidade de morte e a necessidade de reorganizar prioridades diante dos limites do tratamento. O desejo de permanecer com familiares, evitar novas internações e garantir segurança financeira à esposa e aos filhos revelou dimensões do adoecimento que não possuem valor monetário diretamente mensurável.

Na experiência do caso 2, os efeitos adversos do tratamento atingiram a imagem corporal e foram agravados por uma situação de violência digital com profundas repercussões familiares. A ausência do companheiro, a necessidade de cuidado dos filhos, a depressão, as tentativas de suicídio e a resistência ao tratamento evidenciaram a interação entre doença, sofrimento mental, relações sociais e vulnerabilidades familiares.

Quadro 1 – Síntese das dimensões dos custos intangíveis identificadas nas experiências.

Dimensão dos custos intangíveis	Experiência caso 1	Experiência caso 2
Dor e sofrimento físico	Complicações pós-TCTH, sintomas recorrentes, tratamentos e sucessivas hospitalizações.	Efeitos adversos do tratamento, incluindo alopecia, perda ponderal, vômitos e redução do apetite.
Sofrimento psicológico	Sintomas depressivos, desesperança e sofrimento diante da progressão da doença e da possibilidade de morte.	Depressão, intenso sofrimento emocional e comportamento suicida.
Medo da progressão da doença e da morte	Presente diante da refratariedade/progressão da doença e da limitação das possibilidades terapêuticas.	Relacionado ao diagnóstico, ao tratamento e às múltiplas vulnerabilidades vivenciadas durante o adoecimento.
Autonomia e decisões sobre o tratamento	Desejo de evitar novas hospitalizações e tratamentos de elevada intensidade, priorizando qualidade de vida e convivência familiar.	Resistência à continuidade do tratamento e comparecimento às consultas, com importante participação familiar na manutenção do acompanhamento.
Alterações da imagem corporal	Não constituiu dimensão predominante no relato.	Alopecia decorrente do tratamento, agravada por exposição ofensiva em ambiente digital.
Ruptura da vida cotidiana e dos projetos de vida	Reorganização das prioridades diante da finitude e desejo de utilizar o tempo restante junto à família.	Adoecimento associado à maternidade, tratamento, alterações familiares e necessidade de reorganização da vida cotidiana.
Repercussões familiares	Preocupação com esposa, filhos e pais, incluindo a necessidade de assegurar proteção e estabilidade à família.	Afastamento do companheiro, responsabilidades familiares e participação intensa da mãe no cuidado e acompanhamento.
Reorganização econômica e familiar	Preocupação em organizar a situação financeira da esposa e dos filhos diante da possibilidade de morte.	Necessidade de reorganização da dinâmica familiar diante do adoecimento e da ausência do companheiro.
Redução da qualidade de vida	Relacionada às complicações, hospitalizações recorrentes, progressão da doença e afastamento da convivência familiar.	Associada aos efeitos do tratamento, sofrimento psíquico, alterações corporais e desestruturação familiar.
Comportamento suicida e sofrimento existencial	Sofrimento diante da finitude e manifestação do desejo de limitar tratamentos de elevada intensidade, sem que isso seja confundido com comportamento suicida.	Ocorrência de repetidas tentativas de suicídio em contexto de depressão e múltiplas vulnerabilidades.
Redefinição dos objetivos do cuidado	Passagem de uma perspectiva predominantemente curativa para valorização de cuidados paliativos, autonomia e qualidade do tempo de vida.	Necessidade de integrar tratamento onco-hematológico, assistência em saúde mental e suporte familiar.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos registros dos prontuários e das experiências analisadas no estudo (2026).

DISCUSSÃO

As experiências evidenciam que a compreensão dos custos associados às neoplasias hematológicas não pode se limitar aos recursos utilizados em internações, medicamentos, exames, procedimentos ou tratamentos de alta complexidade. Embora esses componentes sejam fundamentais para análises econômicas, as trajetórias apresentadas revelam outra dimensão do adoecimento: aquela relacionada à dor, ao sofrimento psíquico, às perdas, às alterações dos vínculos familiares, ao medo da morte, à ruptura dos projetos de vida e à redução da qualidade de vida. Esses elementos integram o que a literatura denomina custos psicossociais ou intangíveis do câncer, justamente por sua dificuldade de tradução direta em valores monetários (Essue *et al.*, 2020).

Caso 1: entre a possibilidade de cura, os limites terapêuticos e a finitude

A trajetória do caso 1 demonstra a intensidade física e emocional que pode acompanhar o Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas. Embora o TCTH represente uma alternativa terapêutica potencialmente curativa para diferentes doenças hematológicas, o procedimento pode produzir importante carga de sintomas, complicações, necessidade de hospitalizações e alterações na qualidade de vida. Ansiedade, depressão, distúrbios do sono, sintomas relacionados ao estresse pós-traumático e dificuldades de adaptação encontram-se entre as repercussões psicossociais descritas após o transplante (Janicsák; Ungvari; Gazdag, 2021).

No relato analisado, o período posterior ao TCTH foi marcado por sucessivas intercorrências, reinternações e pela possibilidade de persistência ou reativação da doença. A experiência permite compreender que o transplante não representa apenas um procedimento técnico delimitado no tempo, mas o início de um percurso que pode ser prolongado, incerto e permeado pelo temor de complicações e da falha terapêutica. Janicsák, Ungvari e Gazdag (2021) ressaltam que a qualidade de vida após o TCTH é influenciada não apenas pelas complicações físicas, mas também pelo sofrimento psicológico e pelas repercussões sociais vivenciadas pelo paciente e por seus familiares.

A possibilidade de progressão ou refratariedade da doença parece representar um ponto de inflexão na trajetória do caso 1. Até então, a centralidade estava direcionada à tentativa de controle da doença, às hospitalizações e às intervenções terapêuticas. Quando as possibilidades de cura se tornaram progressivamente limitadas, passaram a adquirir maior importância questões relacionadas ao tempo restante de vida, à convivência familiar, à organização financeira dos dependentes e ao desejo de evitar novas hospitalizações prolongadas.

Nesse contexto, a manifestação de não desejar a continuidade de tratamentos de elevada intensidade não deve ser interpretada simplesmente como “desistência”. Há uma diferença fundamental entre abandono decorrente de ausência de assistência e

uma decisão compartilhada de limitar intervenções consideradas desproporcionais diante do prognóstico, dos efeitos adversos e dos valores pessoais do paciente. A autonomia pressupõe que pessoas capazes e adequadamente informadas participem das decisões sobre os tratamentos que desejam receber, especialmente quando os benefícios esperados se tornam limitados e a carga de sofrimento associada às intervenções aumenta.

A inserção dos cuidados paliativos nesse momento mostra-se particularmente relevante. Cuidados paliativos não significam interrupção do cuidado, mas mudança ou ampliação de seus objetivos, priorizando controle de sintomas, qualidade de vida, comunicação sobre prognóstico, apoio emocional, planejamento antecipado e consideração das preferências do paciente e de seus familiares. Evidências recentes fortalecem essa compreensão. Em ensaio clínico multicêntrico com 360 pacientes submetidos ao TCTH, El-Jawahri *et al.* (2025) verificaram que a integração de cuidados paliativos durante a hospitalização esteve associada a melhor qualidade de vida e menores sintomas de depressão e estresse pós-traumático durante o período de maior intensidade do tratamento.

Esses resultados ajudam a interpretar a experiência do caso 1 sob uma perspectiva diferente. Quando o paciente manifesta o desejo de permanecer mais próximo da família, viajar com os pais, organizar a vida financeira da esposa e dos filhos e evitar longos períodos hospitalizado, ele está expressando valores e prioridades que precisam ser incorporados ao planejamento terapêutico. O objetivo do cuidado deixa de ser exclusivamente prolongar a sobrevivência e passa também a considerar como o paciente deseja viver o tempo disponível.

Essa questão adquire relevância particular porque a formação do paciente na área da saúde lhe permitia compreender a gravidade de sua condição e as limitações das alternativas terapêuticas disponíveis. Entretanto, possuir conhecimento técnico não elimina medo, sofrimento ou vulnerabilidade diante da própria doença. A compreensão clínica pode coexistir com angústia, desesperança, preocupação com os filhos, antecipação da morte e necessidade de apoio psicológico.

Assim, o acompanhamento pela psicologia e psiquiatria registrado em seu prontuário apresenta-se como componente importante da assistência. A literatura demonstra que o TCTH pode repercutir intensamente sobre a saúde mental e que a atenção aos aspectos psicossociais deve integrar o acompanhamento dos pacientes desde a preparação para o transplante até o período posterior ao procedimento (Janicsák; Ungvari; Gazdag, 2021).

Caso 2: sofrimento psíquico, ruptura dos vínculos e comportamento suicida

A experiência do caso 2 apresenta configuração distinta. O diagnóstico de linfoma ocorreu em um momento de particular vulnerabilidade, durante a gestação, sendo seguido posteriormente por quimioterapia, TCTH e efeitos adversos importantes. A doença e os tratamentos modificaram seu corpo, sua rotina e sua dinâmica familiar. Entretanto, o

sofrimento observado não pode ser atribuído exclusivamente ao diagnóstico oncológico ou ao transplante, pois ocorreu em meio a uma sucessão de acontecimentos sociais e familiares extremamente adversos.

A alopecia decorrente da quimioterapia constituiu uma alteração visível da imagem corporal e, no caso relatado, tornou-se motivo de exposição ofensiva em ambiente digital. O episódio demonstra como consequências físicas do tratamento podem ultrapassar a esfera clínica e adquirir significados sociais, produzindo constrangimento, sofrimento e repercussões sobre as relações familiares.

A partir desse contexto ocorreu grave ruptura da dinâmica familiar, com afastamento do companheiro e consequente reorganização da vida cotidiana. A paciente passou a enfrentar simultaneamente a doença, os efeitos adversos dos tratamentos, o período pós-TCTH, a ausência do companheiro, as responsabilidades maternas e importante sofrimento emocional. A sobreposição desses fatores permite compreender que a experiência do câncer e do transplante se encontra profundamente condicionada pelo contexto social em que ocorre.

Esse aspecto é fundamental para evitar interpretações simplificadoras do comportamento suicida. Não é possível afirmar, a partir do relato, que o câncer tenha causado diretamente as tentativas de suicídio. O que se observa é uma trajetória marcada pela confluência de múltiplos fatores de vulnerabilidade, entre eles doença potencialmente grave, sofrimento decorrente do tratamento, alterações corporais, ruptura familiar, depressão e comprometimento das perspectivas de vida.

Apesar dessa necessária cautela causal, a relação entre câncer e maior vulnerabilidade ao comportamento suicida encontra respaldo consistente na literatura. Heinrich *et al.* (2022), em revisão sistemática e meta-análise envolvendo mais de 22 milhões de pacientes com câncer, identificaram mortalidade por suicídio aproximadamente 85% maior nessa população quando comparada à população geral. O risco variou conforme prognóstico, estágio da doença, período desde o diagnóstico e localização geográfica.

Outros fatores identificados na literatura aproximam-se de elementos presentes na trajetória de Núbia. Chen *et al.* (2024), em revisão sistemática e meta-análise de 40 estudos, verificaram associação da ideação suicida em pacientes com câncer com depressão, ansiedade, desmoralização, dor, vômitos, problemas financeiros, pior funcionamento social, antecedentes psiquiátricos e outras condições de vulnerabilidade. Esses achados reforçam a necessidade de compreender o comportamento suicida no câncer a partir de múltiplas dimensões, e não apenas da presença da doença.

A ocorrência de tentativas repetidas de suicídio no relato do caso 2 constitui, portanto, um marcador de sofrimento psíquico grave e demanda atuação integrada entre oncologia, hematologia, psicologia, psiquiatria, enfermagem, serviço social e rede familiar. Em situações dessa natureza, a avaliação do risco suicida não deve representar uma intervenção pontual, limitada ao episódio agudo, mas integrar o acompanhamento longitudinal.

Outro elemento relevante é a resistência do caso 2 à continuidade do tratamento. A presença persistente de um familiar próximo, que favorecia seu comparecimento às consultas, revela simultaneamente a importância e a complexidade do suporte familiar. A família pode representar importante fator de proteção, favorecendo a continuidade assistencial e oferecendo suporte emocional e prático. Contudo, manter o paciente fisicamente vinculado ao serviço não é suficiente quando existe intenso sofrimento psíquico. É necessário compreender os motivos da resistência, avaliar depressão e risco suicida, tratar sintomas físicos, estabelecer vínculo terapêutico e buscar a participação do paciente nas decisões assistenciais.

A família como participante do processo de adoecimento

As duas experiências demonstram que o câncer não produz repercussões apenas sobre o indivíduo diagnosticado. A doença reorganiza relações e responsabilidades e atinge também companheiros, filhos, pais e demais integrantes da rede de apoio.

No caso 1, a família estava no centro de suas preocupações quando a possibilidade de cura se tornou remota. Organizar financeiramente a vida da esposa e dos filhos, permanecer próximo das pessoas significativas e viajar com os pais constituíam prioridades explicitadas no período de agravamento. A proximidade da morte produziu uma reorganização dos valores atribuídos ao tempo e às relações.

Em relação ao caso 2, a família assumiu papel diferente, mas igualmente central. O afastamento do companheiro modificou profundamente a estrutura familiar, enquanto um familiar próximo passou a exercer função decisiva para que a paciente permanecesse vinculada ao tratamento. Ao mesmo tempo, as tentativas de suicídio e o sofrimento da paciente produziram repercussões sobre os filhos e sobre os demais integrantes da rede familiar.

Esse achado dialoga com a literatura sobre TCTH e câncer, que reconhece carga psicossocial significativa também entre os cuidadores. Janicsák, Ungvari e Gazdag (2021) destacam que familiares e cuidadores podem vivenciar ansiedade, depressão, sobrecarga e comprometimento da qualidade de vida durante o percurso do transplante. Isso reforça a necessidade de ampliar a unidade de cuidado: em determinadas situações, não é suficiente oferecer assistência apenas ao paciente; a família também necessita de orientação, escuta e suporte.

Entre custos financeiros e sofrimento: a dimensão intangível do câncer

A principal contribuição desses relatos para o recorte denominado “Quanto vale uma vida?” encontra-se justamente na possibilidade de aproximar duas perspectivas que nem sempre dialogam: a análise econômica do adoecimento e a experiência humana daqueles que atravessam o tratamento.

Estudos de custo da doença tradicionalmente conseguem identificar com maior precisão despesas diretamente relacionadas à assistência, como internações, medicamentos, procedimentos, exames e utilização de serviços. Também podem estimar custos indiretos associados à perda de produtividade, afastamento do trabalho ou morte prematura. Contudo, existe uma terceira dimensão muito mais difícil de mensurar: os custos intangíveis ou psicossociais.

Essue *et al.* (2020), em revisão sistemática sobre a carga psicossocial do câncer, definem esses custos como repercussões relacionadas ao sofrimento, à dor e à deterioração do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Os autores observaram ainda considerável heterogeneidade nas formas de mensuração e ressaltaram que a exclusão desses componentes pode subestimar significativamente a verdadeira carga produzida pelo câncer.

Sob essa perspectiva, as experiências tornam visível aquilo que uma planilha convencional de custos dificilmente conseguiria representar. Não há preço diretamente observável para o medo do caso 1 de deixar a esposa e os filhos desassistidos; para o tempo de convivência familiar perdido em sucessivas hospitalizações; para a experiência de perceber a proximidade da morte; ou para o desejo de utilizar o período restante de vida fora do ambiente hospitalar.

Da mesma maneira, é difícil estabelecer um valor monetário capaz de representar o sofrimento do caso 2 diante das transformações corporais, da ruptura familiar, da depressão e das tentativas de suicídio. Há repercussões que atingem não apenas a paciente, mas também seus filhos e sua rede familiar. O impacto dessas experiências não se encerra quando termina uma internação ou um ciclo de quimioterapia.

A literatura econômica contemporânea também demonstra que mesmo aspectos aparentemente financeiros apresentam estreita relação com sofrimento psicológico. Pangestu e Rencz (2023), em revisão sistemática e meta-análise envolvendo 13.481 pacientes e sobreviventes de câncer, encontraram associação consistente entre maior toxicidade financeira e pior qualidade de vida, incluindo comprometimento das dimensões física, social, mental e do funcionamento cotidiano. Isso demonstra que as fronteiras entre custos financeiros, sociais e psicológicos não são rígidas.

Entretanto, custos intangíveis não devem ser confundidos com toxicidade financeira. A toxicidade financeira diz respeito ao impacto econômico do tratamento sobre pacientes e famílias. Os custos intangíveis possuem natureza mais ampla e abrangem perdas de qualidade de vida, sofrimento emocional, medo, dor, alterações nos projetos de vida, perda de papéis sociais e outras repercussões cujo valor monetário é difícil de estabelecer.

Essa distinção é especialmente relevante para a pesquisa original da qual este artigo deriva. Uma análise de custos de doenças infecciosas após o TCTH pode estimar com relativa precisão quanto determinado episódio infeccioso representa em medicamentos, exames, hospitalizações e recursos assistenciais. Entretanto, o mesmo episódio pode

prolongar o afastamento familiar, aumentar o medo da morte, comprometer a autonomia e modificar a percepção de qualidade de vida do paciente. Esses efeitos constituem parte da carga da doença, embora nem sempre apareçam nos resultados econômicos tradicionais.

“Quanto vale uma vida?”: limites da mensuração econômica e integralidade do cuidado

A pergunta que dá nome ao recorte não pretende sugerir que a vida humana possa ser reduzida a uma equivalência financeira. Ao contrário, ela expõe os limites de uma análise que considere apenas aquilo que pode ser monetariamente contabilizado.

Em saúde, recursos são necessariamente finitos e decisões sobre sua utilização exigem avaliações econômicas. Conhecer custos é indispensável para planejamento, gestão e organização dos serviços. Entretanto, compreender o valor do cuidado demanda reconhecer também resultados que extrapolam a sobrevivência e o consumo de recursos.

No caso 1, uma intervenção poderia prolongar a vida biologicamente e, simultaneamente, representar mais tempo hospitalizado, afastado dos filhos e submetido a sintomas que ele considerava incompatíveis com suas prioridades. A decisão sobre continuar ou limitar determinada intervenção, portanto, não poderia ser orientada apenas pela possibilidade técnica de âncor-la, mas deveria incorporar prognóstico, benefícios esperados, efeitos adversos, capacidade decisória e valores do paciente.

A evidência de El-Jawahri *et al.* (2025), demonstrando que cuidados paliativos integrados ao TCTH podem melhorar qualidade de vida e reduzir sofrimento psicológico, reforça que o cuidado paliativo não constitui oposição ao tratamento hematológico. Pelo contrário, pode coexistir com intervenções modificadoras da doença e contribuir para que decisões difíceis sejam tomadas com maior atenção aos sintomas, valores e objetivos do paciente.

No caso 2, a manutenção do tratamento antineoplásico sem assistência adequada ao sofrimento psíquico também seria insuficiente para uma concepção integral de cuidado. Quatro episódios de tentativa de suicídio demonstram que preservar biologicamente a vida exige, simultaneamente, atenção à saúde mental. Tratar o câncer sem tratar a depressão, a desesperança e o risco suicida significaria fragmentar uma experiência que, para a paciente, é vivida como uma realidade única.

Nesse sentido, os dois relatos convergem apesar de suas diferenças. O caso 1 confrontava-se com os limites do tratamento e buscava redefinir a maneira de viver diante da finitude. Caso 2 apresentava uma doença potencialmente tratável, mas encontrava-se profundamente vulnerabilizada por sofrimento psicológico e acontecimentos sociais e familiares. Em ambos, a simples contabilização dos procedimentos realizados seria incapaz de representar a totalidade da experiência.

Os relatos reforçam, portanto, a necessidade de integração entre hematologia, oncologia, transplante, enfermagem, psicologia, psiquiatria, serviço social e cuidados paliativos. Essa integração deve ocorrer não apenas quando o tratamento curativo se esgota ou quando ocorre uma crise psiquiátrica grave, mas ao longo do percurso assistencial, permitindo identificar precocemente necessidades físicas, emocionais, sociais e existenciais.

Finalmente, “Quanto vale uma vida?” encontra sua resposta não na atribuição de um preço ao indivíduo, mas no reconhecimento de que o valor do cuidado não pode ser aferido apenas pelo volume de recursos empregados ou pelo número de dias acrescentados à sobrevivência. A experiência do adoecimento inclui a possibilidade de permanecer com a família, preservar autonomia, reduzir sofrimento, manter dignidade, ser ouvido nas decisões terapêuticas e encontrar sentido no tempo vivido. Incorporar essas dimensões à análise não diminui a importância dos estudos econômicos; ao contrário, amplia sua capacidade de representar a verdadeira carga das doenças hematológicas e dos tratamentos de alta complexidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências analisadas evidenciaram que o adoecimento onco-hematológico e o TCTH produzem repercussões que ultrapassam os custos assistenciais diretamente mensuráveis. Dor, sofrimento psíquico, mudanças na autonomia, ruptura de projetos de vida, alterações familiares e enfrentamento da finitude constituem dimensões relevantes da carga do adoecimento e precisam ser consideradas na compreensão integral das trajetórias terapêuticas.

Os relatos também reforçam a necessidade de incorporar sistematicamente a saúde mental ao cuidado onco-hematológico e ao acompanhamento pós-transplante. A identificação precoce de depressão, desesperança, risco suicida e sofrimento existencial, associada à atuação multiprofissional, pode contribuir para respostas assistenciais mais oportunas e compatíveis com as necessidades singulares de pacientes e familiares.

Os cuidados paliativos, por sua vez, devem ser compreendidos como componente integrado do cuidado e não como sinônimo de abandono terapêutico. Sua inclusão pode favorecer controle de sintomas, comunicação sobre prognóstico, planejamento compartilhado e respeito à autonomia, particularmente diante da progressão da doença, da elevada carga sintomática ou de tratamentos de grande intensidade.

Conclui-se que a pergunta “Quanto vale uma vida?” evidencia os limites de uma avaliação centrada apenas em valores monetários. A análise de custos permanece indispensável à gestão em saúde, mas a experiência de Luiz e Núbia demonstra que o valor do cuidado também se expressa na possibilidade de reduzir sofrimento, preservar vínculos, assegurar dignidade e reconhecer a pessoa em suas dimensões física, psicológica, social, familiar e existencial.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Carta Circular nº 166/2018-CONEP/SECNS/MS, de 12 de junho de 2018. Esclarecimentos acerca da tramitação dos estudos do tipo “relato de caso” no Sistema CEP/Conep para a área biomédica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
- CALATI, Raffaella *et al.* Cancer diagnosis and suicide outcomes: âncer review and methodological considerations. *Journal of Affective Disorders*, [s. l.], v. 295, p. 1201-1214, 2021. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.131.
- CHEN, Jie; PING, Zhiheng; HU, Deying; WANG, Jiaqing; LIU, Yilan. Risk factors associated with suicidal ideation among âncer patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, Lausanne, v. 14, 1287290, 2024. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1287290.
- DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019. DOI: 10.12957/epp.2019.43015.
- EL-JAWAHRI, Areej *et al.* Multi-site randomized trial of inpatient palliative care intervention for patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). *Journal of Clinical Oncology*, Alexandria, v. 43, n. 24, p. 2700-2711, 2025. DOI: 10.1200/JCO-25-00378.
- ESSUE, Beverley M.; IRAGORRI, Nicolas; FITZGERALD, Natalie; DE OLIVEIRA, Claire. The psychosocial cost burden of âncer: a systematic literature review. *Psycho-Oncology*, Chichester, v. 29, n. 11, p. 1746-1760, 2020. DOI: 10.1002/pon.5516.
- FERREIRA, Amanda Pifano Soares *et al.* Criteria for referring pediatric and adult patients with hematological diseases to palliative care: Consensus of the Brazilian Association of Hematology, Hemotherapy and Cell Therapy (2025). *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, v. 48, n. 2, 106456, 2026. DOI: 10.1016/j.htct.2026.106456.
- GAGNIER, Joel J. *et al.* The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Journal of Medical Case Reports*, [s. l.], v. 7, art. 223, 2013. DOI: 10.1186/1752-1947-7-223.
- GUILLAUME, Matthieu; ENDOMBA, Francky Teddy; DORNIER, Alexandre; CHAUVET-GELINIER, Jean-Christophe. Association between depression before hematopoietic stem cell transplantation and posttransplant survival: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, v. 64, n. 2, p. 166-176, 2023. DOI: 10.1016/j.jaclp.2022.12.006.
- HEINRICH, Michael *et al.* Suicide risk and mortality among patients with âncer. *Nature Medicine*, New York, v. 28, p. 852-859, 2022. DOI: 10.1038/s41591-022-01745-y.

JANICSAK, Henrietta; UNGVARI, Gabor S.; GAZDAG, Gábor. Psychosocial aspects of hematopoietic stem cell transplantation. *World Journal of Transplantation*, Pleasanton, v. 11, n. 7, p. 263-276, 2021. DOI: 10.5500/wjt.v11.i7.263.

MUSSI, Ricardo Fraklin de Freitas; FLORES, Fabio Fernandes; ALMEIDA, Cláudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010.

PANGESTU, Stevanus; RENCZ, Fanni. Comprehensive Score for Financial Toxicity and health-related quality of life in patients with cancer and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Value in Health*, New York, v. 26, n. 2, p. 300-316, 2023. DOI: 10.1016/j.jval.2022.07.017.

SHORT, Abigail C.; KUROKI, Mika; COOMBS, Lorinda A. Palliative care referral in adult allogeneic hematopoietic stem cell transplants: an integrative literature review. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, [s. l.], v. 42, n. 9, p. 962-970, 2025. DOI: 10.1177/10499091241287940.

PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA SOB A PERSPECTIVA DA ECONOMIA DA SAÚDE

Sandra Barbosa Nunes¹;

E-mail: sandrabarbosanunes25@gmail.com

Verônica Oliveira Gonçalves²;

E-mail: pliveiraveronica747@gmail.com

Ana Cristina Porfírio de Moura Brasil³;

E-mail: Cristina.porfirio@saude.ce.gov.br

Cristiane Mônica Fernandes de Moura⁴;

E-mail: Mfm.cris@hotmail.com

Marcevânia Evangelista Freitas⁵;

E-mail: marciaevanfalcão@gmail.com

Daniele Freitas de Oliveira Queiroz⁶;

E-mail: danny_freitas23@yahoo.com.br

Maria Rita Soares de Menezes⁷;

E-mail: mritasmenezes@gmail.com

Rita Valéria da Silva⁸;

E-mail: valeriasinha21@gmail.com

Claudenilcio Nogueira de Queiroz⁹;

E-mail: claudenilcio_nog@hotmail.com

Maria Izelia Gomes¹⁰.

E-mail: izeliagomes@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-6785-5951>

RESUMO: **Introdução:** A precarização do trabalho em saúde constitui fenômeno estrutural intensificado pela flexibilização das relações trabalhistas, pelo subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela lógica produtivista, com repercussões sobre a saúde mental dos trabalhadores e a sustentabilidade dos serviços. **Objetivo:** analisar, por meio de revisão narrativa da literatura, os efeitos da precarização do trabalho na saúde mental dos trabalhadores da saúde e suas repercussões para a economia da saúde. **Método:**

revisão narrativa, de caráter descritivo e analítico, construída a partir do corpus bibliográfico já selecionado para o manuscrito, composto por estudos nacionais e internacionais, obras teóricas e documento oficial relacionados à saúde coletiva, saúde do trabalhador, psicodinâmica do trabalho, gestão do trabalho e economia da saúde. A seleção teve caráter intencional e não exaustivo, orientada pela pertinência aos eixos temáticos da revisão.

Resultados e discussão: a síntese narrativa indica que vínculos empregatícios precários, sobrecarga laboral, jornadas exaustivas, insuficiência de recursos e fragilidade das políticas de valorização profissional estão associados ao sofrimento psíquico, incluindo ansiedade, depressão, estresse ocupacional e burnout. O adoecimento mental também se relaciona a repercussões econômicas para o SUS, como absenteísmo, presenteísmo, afastamentos, rotatividade, redução da produtividade, comprometimento da qualidade assistencial e elevação de custos operacionais, além de custos intangíveis relacionados à qualidade de vida e à satisfação profissional. **Considerações finais:** a literatura analisada reforça a necessidade de políticas estruturantes de valorização dos trabalhadores, melhoria das condições laborais, fortalecimento da gestão do trabalho e promoção da saúde mental, compreendendo tais medidas como investimentos para qualificar a assistência, reduzir custos evitáveis e fortalecer a sustentabilidade do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Precarização do trabalho. Saúde mental. Trabalhadores da saúde. Economia da saúde. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A intensificação das transformações no mundo do trabalho, marcada pela flexibilização das relações trabalhistas, pela intensificação produtiva e pelo subfinanciamento das políticas sociais, tem contribuído para a precarização do trabalho no setor saúde, caracterizada por instabilidade contratual, sobrecarga laboral e fragilização das condições de trabalho (Antunes, 2018). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), esse processo é agravado pelo aumento das demandas assistenciais e pela insuficiência de recursos humanos e financeiros (Paim, 2018), configurando-se como importante determinante do adoecimento físico e mental dos trabalhadores e comprometendo a qualidade da assistência e a sustentabilidade dos serviços públicos de saúde.

O trabalho pode constituir simultaneamente fonte de prazer e sofrimento, especialmente quando as exigências organizacionais ultrapassam a capacidade subjetiva de enfrentamento do indivíduo (Dejours, 1992). Nesse cenário, os profissionais da saúde tornam-se particularmente vulneráveis ao sofrimento psíquico devido à elevada carga emocional inerente ao cuidado, à pressão por produtividade, à responsabilidade constante sobre vidas humanas e ao contato cotidiano com situações de dor, sofrimento e morte.

Os vínculos empregatícios instáveis, o déficit de profissionais e as condições inadequadas de trabalho favorecem o absenteísmo, os afastamentos laborais e o desgaste emocional dos trabalhadores do SUS, comprometendo a saúde dos profissionais, a

continuidade do cuidado e a qualidade da assistência prestada (Jiménez *et al.*, 2024). Para além dos impactos individuais, esse cenário gera importantes repercussões econômicas, elevando os custos operacionais dos serviços de saúde em razão do aumento do absenteísmo, dos afastamentos previdenciários, da rotatividade profissional, da redução da produtividade e das aposentadorias precoces, comprometendo a eficiência organizacional e a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Aust *et al.*, 2024). Dessa forma, a saúde mental dos trabalhadores deve ser compreendida também como questão estratégica da economia da saúde, em virtude de seus efeitos sobre a eficiência, a qualidade assistencial e a sustentabilidade financeira do sistema.

O subfinanciamento do SUS, aliado às políticas de austeridade fiscal e à lógica produtivista contemporânea, contribui para a intensificação da precarização do trabalho e para a invisibilização dos custos humanos relacionados ao adoecimento laboral (Antunes, 2018; Paim, 2018). Discutir a saúde mental dos trabalhadores da saúde implica analisar não apenas os aspectos clínicos do sofrimento psíquico, mas também as determinações sociais, econômicas e políticas que estruturam o processo de trabalho em saúde. Nesse sentido, torna-se necessário ampliar a compreensão acerca das relações entre precarização do trabalho, sofrimento psíquico e impactos econômicos para os sistemas públicos de saúde. Assim, esta revisão narrativa tem como objetivo analisar os efeitos da precarização do trabalho na saúde mental dos trabalhadores da saúde e suas repercussões para a economia da saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e analítico. Esse tipo de revisão permite reunir, contextualizar e discutir criticamente diferentes modalidades de produção científica e teórica, favorecendo uma compreensão ampliada de fenômenos complexos e interdisciplinares, sem a pretensão de exaustividade característica das revisões sistemáticas (Rother, 2007).

O corpus da revisão foi constituído pelas referências previamente selecionadas para o manuscrito, compreendendo estudos nacionais e internacionais, obras teóricas e documento institucional relacionados à saúde coletiva, saúde do trabalhador, psicodinâmica do trabalho, gestão do trabalho e economia da saúde. Considerando a natureza narrativa da revisão, não foi adotado protocolo sistemático de busca, e a seleção das fontes ocorreu de forma intencional, com base na pertinência temática e na capacidade de subsidiar a discussão sobre precarização do trabalho em saúde, sofrimento psíquico e repercussões econômicas.

A análise foi conduzida por leitura interpretativa e síntese temática das publicações, organizando-se os achados em quatro eixos: (1) transformações do trabalho em saúde e precarização laboral; (2) saúde mental e sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde; (3) impactos econômicos do adoecimento mental no Sistema Único de Saúde; e

(4) desafios para a gestão pública e valorização dos trabalhadores da saúde. A discussão articulou referenciais teóricos, achados empíricos e dados institucionais, buscando identificar convergências, implicações para o processo de trabalho e repercussões para a sustentabilidade do SUS.

Por utilizar exclusivamente literatura publicada e dados institucionais de acesso público, sem participação direta de seres humanos e sem acesso a informações individuais identificáveis, a revisão não demandou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Foram observados os princípios de integridade científica, autoria e adequada citação das fontes utilizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

SÍNTESE NARRATIVA DA LITERATURA

A síntese narrativa da literatura evidenciou que a precarização do trabalho em saúde constitui um fenômeno complexo e multidimensional, que ultrapassa a instabilidade dos vínculos empregatícios e envolve também intensificação das jornadas, sobrecarga laboral, redução da autonomia profissional, insuficiência de recursos, fragilização das relações de trabalho e limitações das políticas de valorização dos trabalhadores. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essas condições se articulam a problemas históricos relacionados ao financiamento, à gestão da força de trabalho e à crescente pressão por produtividade, produzindo repercussões tanto para a saúde dos profissionais quanto para a organização e sustentabilidade dos serviços (Antunes, 2018; Paim, 2018).

Os estudos analisados demonstraram que as condições em que o trabalho é organizado exercem influência importante sobre a saúde mental dos profissionais. A exposição contínua à elevada demanda assistencial, à responsabilidade pelo cuidado, ao contato com situações de sofrimento e morte e à insuficiência de suporte institucional pode favorecer desgaste emocional e sofrimento psíquico. Quando associadas à baixa autonomia, insegurança ocupacional, jornadas extensas e ausência de reconhecimento, essas condições podem contribuir para manifestações como ansiedade, depressão, estresse ocupacional, distúrbios do sono e burnout (Dejours, 1992; Teixeira et al., 2020; Silva-Junior et al., 2021).

A análise também revelou que o adoecimento mental dos trabalhadores não produz consequências restritas ao indivíduo. Absenteísmo, presenteísmo, afastamentos laborais, rotatividade, aposentadorias precoces e redução da produtividade repercutem diretamente sobre o funcionamento das equipes, a continuidade do cuidado, a qualidade da assistência e os custos institucionais. Dessa forma, a saúde mental dos trabalhadores assume relevância não apenas para o campo da Saúde do Trabalhador, mas também para a gestão e para a economia da saúde, na medida em que condições inadequadas de trabalho podem gerar custos diretos, indiretos e intangíveis para os serviços e para o próprio SUS (Johns, 2010;

Aust et al., 2024).

A partir dessas convergências, os achados foram organizados em quatro eixos analíticos: (1) transformações do trabalho em saúde e precarização laboral; (2) saúde mental e sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde; (3) impactos econômicos do adoecimento mental no Sistema Único de Saúde; e (4) desafios para a gestão pública e valorização dos trabalhadores da saúde. Essa organização possibilita compreender de maneira articulada como as transformações nas relações e condições de trabalho repercutem sobre os trabalhadores, os processos assistenciais e a sustentabilidade do sistema público de saúde.

Transformações do trabalho em saúde e precarização laboral

As transformações no mundo do trabalho, impulsionadas pelas políticas neoliberais, pela reestruturação produtiva e pela flexibilização das relações trabalhistas, têm ampliado formas de trabalho flexíveis e precarizadas, marcadas pela perda de direitos, insegurança ocupacional e intensificação da exploração da força de trabalho (Antunes, 2018). No setor saúde, esses processos assumem maior complexidade devido à elevada demanda assistencial e à necessidade permanente de profissionais qualificados. No Brasil, seus efeitos são particularmente evidentes no Sistema Único de Saúde (SUS), que enfrenta desafios históricos relacionados ao subfinanciamento, à insuficiência de recursos humanos e à fragilidade das políticas de valorização dos trabalhadores (Paim, 2009). Nesse contexto, a expansão de vínculos empregatícios instáveis, terceirizações, contratos temporários e múltiplos vínculos laborais tem contribuído para a precarização das relações de trabalho e para o desgaste físico e mental dos profissionais de saúde.

A precarização do trabalho pode ser compreendida como um processo multifacetado que envolve não apenas a flexibilização contratual, mas também a deterioração das condições de trabalho, a intensificação das jornadas laborais, a baixa remuneração, a perda de direitos sociais e a fragilização das redes de proteção ao trabalhador (Laurell; Noriega, 1989).

O modelo de gestão orientado pela lógica produtivista e pela priorização de metas quantitativas tem intensificado a sobrecarga e a pressão sobre os trabalhadores da saúde, reduzindo espaços de escuta, acolhimento e cuidado institucional. Embora o trabalho em saúde possua natureza essencialmente relacional, construída no encontro entre trabalhador e usuário, a crescente centralidade dos indicadores de desempenho e da produtividade tende a enfraquecer a autonomia profissional e a qualidade das relações de cuidado (Santos; Chinelli; Fonseca, 2022).

A crescente valorização de indicadores de produtividade tende a invisibilizar as dimensões subjetivas do cuidado e do sofrimento profissional. Esse cenário foi agravado pela pandemia da COVID-19, que expôs fragilidades históricas das condições de trabalho

no Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliou jornadas exaustivas, insegurança ocupacional e desgaste emocional, contribuindo para o aumento do sofrimento psíquico, da exaustão emocional e dos afastamentos por transtornos mentais entre profissionais da saúde.

Nesse contexto, evidências apontam que uma parcela significativa desses trabalhadores apresentou sofrimento mental associado a fatores ocupacionais durante a pandemia, com destaque para exaustão emocional, ansiedade e estresse relacionados à sobrecarga de trabalho (Silva-Junior *et al.*, 2021).

Sob a perspectiva da economia política da saúde, a precarização do trabalho deve ser compreendida como expressão das contradições existentes entre a necessidade de ampliação do acesso universal à saúde e as limitações impostas pelo subfinanciamento das políticas públicas e pelas medidas de austeridade fiscal. Conforme destaca Paim (2018), o SUS enfrenta desafios permanentes relacionados ao financiamento e à gestão da força de trabalho, aspectos que repercutem diretamente na qualidade da assistência e na sustentabilidade do sistema de saúde.

Dessa forma, a precarização do trabalho em saúde ultrapassa a dimensão individual e configura-se como fenômeno estrutural que afeta trabalhadores, usuários e instituições de saúde. Além de comprometer a saúde física e mental dos profissionais, esse processo produz impactos relevantes sobre a continuidade do cuidado, a qualidade da assistência prestada e os custos operacionais do sistema público de saúde, evidenciando a necessidade de fortalecimento das políticas de valorização do trabalhador e de gestão do trabalho no SUS.

Saúde mental e sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde

O trabalho em saúde se caracteriza por relações interpessoais intensas, tomada constante de decisões e exposição cotidiana ao sofrimento, dor e morte. Embora possa gerar realização profissional, em condições precárias e sob alta pressão também se torna fonte de desgaste físico e emocional, favorecendo o sofrimento psíquico entre trabalhadores. Segundo Dejours (1992), esse sofrimento resulta da incompatibilidade entre as exigências organizacionais e as necessidades subjetivas do trabalhador, especialmente diante da perda de autonomia, sobrecarga e ausência de reconhecimento, podendo tornar o trabalho patogênico. Na saúde, esses impactos são intensificados pela responsabilidade direta com a vida humana e pelas limitações estruturais dos serviços, sobretudo no setor público.

Entre os principais agravos à saúde mental destacam-se ansiedade, depressão, estresse ocupacional, distúrbios do sono e burnout, este último caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001). Para Teixeira *et al.* (2020), a pandemia evidenciou fragilidades históricas da gestão do trabalho no SUS, expondo trabalhadores a condições extremas de exaustão física e psicológica. Também intensificou processos já existentes de desgaste ocupacional

no setor saúde, ampliando jornadas de trabalho, insegurança profissional, sofrimento emocional e adoecimento mental. Além do medo da contaminação e da perda de colegas e familiares, muitos trabalhadores passaram a enfrentar escassez de insumos, pressão assistencial e ausência de suporte institucional adequado.

Outro aspecto relevante refere-se à invisibilidade institucional do sofrimento psíquico dos profissionais da saúde. Historicamente, o trabalhador da saúde ocupa socialmente o papel de cuidador, sendo frequentemente submetido à lógica da abnegação e da resistência emocional permanente. Essa cultura contribui para a naturalização do adoecimento mental e dificulta o reconhecimento das necessidades de cuidado desses profissionais (Minayo-Gomez; Thedim-Costa, 1997). Além disso, o medo do estigma, da perda do emprego e da desvalorização profissional faz com que muitos trabalhadores silenciem seus sintomas e retardem a busca por apoio psicológico ou psiquiátrico.

Impactos econômicos do adoecimento mental no Sistema Único de Saúde

O adoecimento mental dos trabalhadores da saúde configura um importante problema de saúde pública, com impactos relevantes sobre a organização, a sustentabilidade dos sistemas de saúde e o próprio funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Além da abordagem clínica e psicossocial, o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho também deve ser compreendido como questão da economia da saúde, em razão de seus efeitos sobre produtividade, eficiência, qualidade assistencial e custos operacionais.

Entre os principais impactos econômicos estão o absenteísmo, o presenteísmo, os afastamentos previdenciários, a rotatividade e as aposentadorias precoces, sendo o absenteísmo caracterizado pela ausência ao trabalho por adoecimento e o presenteísmo pela permanência do trabalhador em atividade mesmo adoecido, com prejuízo ao desempenho (Johns, 2010). No contexto dos serviços de saúde, tais fatores resultam em descontinuidade do cuidado, sobrecarga das equipes e aumento dos custos institucionais com reposição de profissionais e reorganização do processo de trabalho.

Além dos custos diretos com afastamentos, o sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde também afeta indiretamente a qualidade da assistência prestada à população. Profissionais submetidos a altos níveis de estresse e exaustão emocional podem apresentar redução da concentração, dificuldades na tomada de decisão, maior incidência de falhas assistenciais e prejuízos nas relações interpessoais no ambiente de trabalho (Dejours, 1992). Esses fatores repercutem no aumento do tempo de internação, na ocorrência de eventos adversos, no retrabalho e na ampliação da demanda por serviços de saúde, resultando em custos adicionais para o sistema público.

Dados recentes da Previdência Social evidenciam a crescente relevância dos transtornos mentais como causa de incapacidade laboral no Brasil. Em 2025, foram concedidos 546.254 benefícios previdenciários relacionados aos transtornos mentais e

comportamentais classificados no Capítulo V da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), representando um aumento de 15,66% em relação ao ano de 2024, quando foram registrados 472.328 benefícios. Entre os diagnósticos mais frequentes destacaram-se os transtornos de ansiedade e os episódios depressivos, que permaneceram como as principais causas de concessão de benefícios nos dois anos analisados. Considerando o conjunto de todas as doenças classificadas pela CID-10, observou-se um crescimento de 15,19% na concessão de benefícios por incapacidade temporária entre 2024 e 2025 (Brasil, 2026).

A análise dos dados segundo o sexo dos beneficiários revela maior incidência de afastamentos relacionados à saúde mental entre as mulheres, que corresponderam a 63,46% do total de benefícios concedidos. Em números absolutos, dos 546.254 benefícios registrados em 2025, 346.613 foram destinados a mulheres e 199.641 a homens, evidenciando uma expressiva desigualdade de gênero no impacto dos transtornos mentais sobre a capacidade laboral (Brasil, 2026).

No que se refere à distribuição geográfica dos afastamentos, o estado de São Paulo concentrou o maior número de benefícios concedidos por transtornos mentais e comportamentais, totalizando 149.375 registros. Em seguida, destacaram-se Minas Gerais, com 83.321 benefícios, e o Rio Grande do Sul, com 46.738 concessões. Esses dados demonstram a magnitude do adoecimento mental entre os trabalhadores brasileiros e reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas à promoção da saúde mental e à prevenção dos agravos relacionados ao trabalho (Brasil, 2026).

No contexto do SUS, o subfinanciamento histórico e a fragilidade das políticas de valorização profissional agravam as condições de trabalho e comprometem a capacidade operacional e a sustentabilidade da rede pública (Paim, 2018). Sob a ótica da economia da saúde, investimentos em saúde do trabalhador devem ser entendidos como estratégias de redução de custos evitáveis e fortalecimento do sistema, já que a ausência de políticas de prevenção ao adoecimento mental pode aumentar gastos previdenciários, custos assistenciais e perda de produtividade, sendo que a sustentabilidade dos sistemas de saúde depende da organização eficiente da força de trabalho e da qualificação dos processos de cuidado (Johns, 2010).

Outro aspecto relevante refere-se aos custos intangíveis relacionados ao sofrimento psíquico dos trabalhadores, frequentemente invisibilizados nas análises econômicas tradicionais. A perda da qualidade de vida, o desgaste das relações familiares, a redução da satisfação profissional e o comprometimento da saúde emocional representam impactos difíceis de mensurar financeiramente, mas que repercutem diretamente na qualidade do cuidado ofertado e na humanização dos serviços de saúde.

Além disso, o adoecimento mental dos trabalhadores repercute sobre indicadores estratégicos da gestão em saúde, como turnover, satisfação profissional, segurança do paciente e resolutividade assistencial. Instituições marcadas por elevada rotatividade e

frequentes afastamentos tendem a apresentar maiores dificuldades na continuidade das ações de cuidado e na consolidação de vínculos entre equipes e usuários. Dessa forma, a saúde mental dos trabalhadores deve ser compreendida como elemento central para a eficiência organizacional e para a efetividade das políticas públicas de saúde.

Diante desse contexto, torna-se evidente que a precarização do trabalho e o sofrimento psíquico dos profissionais da saúde extrapolam a dimensão individual, configurando-se como problema estrutural que produz repercussões econômicas relevantes para o SUS. Assim, investir em condições dignas de trabalho, valorização profissional e políticas de promoção da saúde mental dos trabalhadores representa não apenas medida de proteção social, mas também estratégia fundamental para sustentabilidade econômica e fortalecimento da gestão pública em saúde.

Desafios para a gestão pública e valorização dos trabalhadores da saúde

Os impactos da precarização do trabalho e do adoecimento mental dos profissionais da saúde representam desafios relevantes para a gestão pública, sobretudo no contexto do SUS, cuja sustentabilidade depende da organização, valorização e proteção da força de trabalho em saúde. Embora esses trabalhadores sejam fundamentais para o funcionamento dos serviços e a efetivação das políticas públicas, ainda há fragilidade na implementação de estratégias voltadas à promoção da saúde mental e à melhoria das condições de trabalho. A gestão do trabalho em saúde é estratégica para o SUS, envolvendo provimento, qualificação e valorização dos profissionais, porém as políticas de austeridade fiscal e o subfinanciamento crônico limitam investimentos em recursos humanos e favorecem vínculos precários, déficit de profissionais e sobrecarga das equipes (Paim, 2018), fazendo com que a precarização se consolide como um elemento estrutural da organização dos serviços de saúde.

Além de afetar a saúde dos trabalhadores, a fragilidade das políticas de gestão do trabalho compromete a qualidade da assistência prestada à população, uma vez que equipes submetidas a jornadas exaustivas, insegurança profissional e ausência de suporte institucional tendem a apresentar maior desgaste emocional, menor motivação e dificuldades na construção de vínculos terapêuticos com os usuários.

Nesse sentido, a literatura evidencia que a valorização do trabalhador da saúde constitui elemento central para a produção do cuidado humanizado e para o fortalecimento das práticas integrais em saúde (Campos, 2007). Diante disso, torna-se necessário o fortalecimento de políticas institucionais voltadas à promoção da saúde mental no trabalho, contemplando estratégias como a redução da sobrecarga laboral, o dimensionamento adequado das equipes, o fortalecimento da educação permanente, a implementação de espaços de escuta e apoio psicossocial, bem como a ampliação da participação dos trabalhadores nos processos decisórios. Essas estratégias dialogam com a perspectiva do trabalho vivo em ato, na qual o processo de trabalho em saúde é compreendido como

um espaço relacional e produtivo de cuidado, em que a reorganização das práticas e a valorização das tecnologias leves contribuem para a redução do sofrimento psíquico e para a qualificação das condições de trabalho (Franco; Merhy, 2012).

Sob a perspectiva da economia da saúde, investir em políticas de valorização do trabalhador é uma estratégia essencial para reduzir custos evitáveis, como absenteísmo, afastamentos e rotatividade, além de promover maior satisfação profissional, melhor desempenho assistencial e maior capacidade de resposta dos serviços de saúde, configurando-se como um investimento que fortalece a eficiência, a qualidade e a sustentabilidade do SUS. Nesse contexto, destaca-se também a necessidade de superar a lógica produtivista que ainda orienta a organização dos serviços de saúde, na medida em que a ênfase excessiva em metas quantitativas tende a invisibilizar dimensões subjetivas do trabalho, enfraquecendo relações coletivas e espaços de acolhimento institucional. Ambientes marcados pela falta de reconhecimento e pelo aumento do controle sobre o trabalho intensificam o sofrimento psíquico e o desgaste emocional dos trabalhadores (Dejours, 1992).

O fortalecimento das políticas de saúde do trabalhador no SUS requer articulação intersetorial e compromisso político com a valorização do trabalho em saúde, de modo a inserir o cuidado aos trabalhadores como prioridade nas agendas de planejamento e financiamento das políticas públicas, especialmente diante do aumento dos transtornos mentais relacionados ao trabalho no setor. Assim, o enfrentamento da precarização e do adoecimento mental dos profissionais da saúde exige ações estruturais que vão além de intervenções pontuais ou individuais, demandando políticas públicas que assegurem condições dignas de trabalho, proteção social, valorização profissional e promoção da saúde mental, reconhecendo os trabalhadores da saúde como fundamentais para a consolidação, sustentabilidade e efetividade do Sistema Único de Saúde.

Limitações da revisão

Por sua natureza narrativa e pela seleção intencional das fontes, esta revisão não pretende esgotar a produção científica disponível nem estimar a magnitude das associações entre precarização do trabalho e adoecimento mental. A ausência de protocolo sistemático de busca e de avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos limita a reprodutibilidade da seleção. Em contrapartida, a abordagem possibilita integrar referenciais teóricos, evidências empíricas e dados institucionais de diferentes períodos e campos do conhecimento, oferecendo uma leitura abrangente das relações entre trabalho, saúde mental e economia da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura analisada indica que a precarização do trabalho em saúde se relaciona de forma consistente ao sofrimento psíquico dos profissionais e a repercussões negativas para a qualidade da assistência e para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobrecarga de trabalho, vínculos precários, jornadas exaustivas, insuficiência de recursos, baixa autonomia e fragilidade das políticas de valorização profissional aparecem como elementos recorrentes na produção do desgaste e do adoecimento mental. Esses processos também apresentam repercussões econômicas, expressas por absenteísmo, presenteísmo, afastamentos, rotatividade, redução da produtividade e custos institucionais e previdenciários.

Nesse contexto, o fortalecimento das políticas de gestão do trabalho e de saúde do trabalhador deve ser compreendido como componente estratégico da sustentabilidade do SUS. Investimentos em dimensionamento adequado das equipes, condições dignas de trabalho, apoio psicossocial, educação permanente, participação dos trabalhadores e valorização profissional podem contribuir simultaneamente para a proteção da saúde mental, a continuidade do cuidado e a redução de custos evitáveis. Estudos futuros, especialmente revisões sistemáticas e pesquisas avaliativas, podem aprofundar a mensuração dos impactos econômicos e a efetividade de intervenções organizacionais destinadas à proteção da saúde mental dos trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.
- AUST, B. et al. The effects of different types of organisational workplace mental health interventions on mental health and wellbeing in healthcare workers: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, [S. l.], v. 97, p. 485-522, 2024. DOI: 10.1007/s00420-024-02065-z.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Previdência Social concede 546.254 benefícios por incapacidade temporária por transtornos mentais e comportamentais*. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/noticias/2026/janeiro/previdencia-social-concede-546-254-beneficios-por-incapacidade-temporaria-por-transtornos-mentais-e-comportamentais>. Acesso em: 21 jun. 2026.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

JIMÉNEZ, O. C. M. *et al.* Fatores associados ao absenteísmo no trabalho de profissionais de enfermagem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, [S. l.], v. 98, n. 1, e024275, 2024. DOI: 10.31011/reaid-2024-v.98-n.1-art.2157.

JOHNS, G. Presenteeism in the workplace: a review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, [S. l.], v. 31, n. 4, p. 519-542, 2010. DOI: 10.1002/job.630.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, [S. l.], v. 52, p. 397-422, 2001. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997. DOI: 10.1590/S0102-311X1997000600003.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. DOI: 10.1590/S0103-21002007000200001.

SANTOS, R. P. O.; CHINELLI, F.; FONSECA, A. F. Novos modelos de gestão na Atenção Primária à Saúde e as penosidades do trabalho. *Cadernos CRH*, Salvador, v. 35, e022018, 2022. DOI: 10.9771/ccrh.v35i0.43776.

SILVA-JUNIOR, J. S. *et al.* Estressores psicossociais ocupacionais e sofrimento mental em trabalhadores de saúde na pandemia de COVID-19. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 19, eAO6281, 2021. DOI: 10.31744/einstein_journal/2021AO6281.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020259.19562020.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Absenteísmo · 6, 9, 70, 71, 79, 83, 84, 85
Adoecimento · 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 17, 42, 44, 46, 48, 49, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 61, 62, 65, 66, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 83, 84
Adoecimento onco-hematológico · 6, 9, 42, 66
Adolescentes · 5, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 35, 36, 37, 38
Alterações da autonomia · 42
Alterações da imagem corporal · 43
Alterações familiares · 43, 55, 66
Ambientes digitais · 16, 27
Ansiedade · 5, 15, 17, 24, 25, 28, 34, 36, 60, 62, 70, 74, 76, 77, 79
Assistência integral · 16, 43
Assistência social · 3, 12, 16, 19, 26, 30, 33, 36
Atenção especializada · 16, 33
Atenção multiprofissional · 42, 46
Atenção psicossocial · 3, 9, 15, 20, 21, 24, 30, 35
Autolesão · 15, 25, 26, 27, 36
Autonomia · 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 42, 49, 52, 56, 58, 64, 65, 66, 74, 76, 77, 84

B

Bullying · 5, 9, 10, 12, 15, 17, 27, 32, 35, 36, 39
Burnout · 6, 9, 10, 70, 74, 78, 86

C

Comportamento suicida · 5, 6, 9, 11, 15, 36, 42, 44, 46, 47, 48, 50, 52, 53, 54, 56, 59, 60
Comunidade · 16
Condições laborais · 7, 70
Convivência familiar · 42, 52, 55, 56, 58, 63
Crianças · 5, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37
Cuidado · 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 45, 46, 48, 54, 55, 56, 58, 62, 64, 65, 66, 71, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85
Cuidados paliativos · 6, 9, 42, 45, 46, 47, 48, 51, 56, 58, 64, 65, 66
Custos intangíveis · 6, 9, 42, 49, 54, 62, 63, 70, 80
Custos operacionais · 70, 71, 77, 79
Cyberbullying · 5, 9, 10, 15, 27, 28, 35, 36, 39

D

Depressão · 2, 5, 6, 9, 11, 15, 17, 27, 28, 32, 34, 36, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 54, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 70, 74, 77
Desempenho escolar · 15, 17, 25
Desigualdades sociais · 2, 5, 9, 15, 17, 23

Dificuldades escolares · 11, 16, 17

E

Economia da saúde · 6, 70, 72, 73, 74, 78, 84

Educação · 16, 17, 19, 26, 28, 29, 32, 33, 35, 36, 40, 82, 84

Estresse ocupacional · 6, 70, 74, 78

F

Família · 6, 9, 16, 19, 23, 24, 31, 36, 51, 55, 58, 61, 62, 65

Fragilidade dos vínculos · 16, 25

G

Gestão do trabalho · 70, 73, 77, 78, 82, 84

H

Hospitalizações recorrentes · 42, 49, 56

I

Insuficiência de recursos · 6, 70, 71, 74, 75, 84

J

Jornadas exaustivas · 9, 70, 76, 82, 84

N

Neoplasias hematológicas · 42, 43, 45, 46, 47, 48, 56

P

Precarização do trabalho · 9, 69, 71, 72, 73, 76, 77, 81, 83, 84

Presenteísmo · 6, 9, 70, 74, 79, 84

Prevenção · 2, 4, 6, 9, 12, 13, 15, 16, 18, 20, 23, 26, 28, 30, 32, 34, 35, 37, 42, 46, 80

Produtividade · 6, 12, 62, 70, 71, 74, 76, 79, 80, 84

Progressão da doença · 42, 44, 46, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 66

Projetos de vida · 5, 6, 31, 42, 48, 49, 55, 57, 63, 66

Promoção da saúde mental · 7, 16, 36, 70

Psicodinâmica do trabalho · 70, 73

Q

Qualidade assistencial · 7, 70, 72, 79

Qualidade de vida · 6, 9, 11, 13, 27, 43, 45, 55, 56, 57, 58, 62, 63, 64, 70, 81

Qualificação profissional · 16, 18, 19

R

Relações familiares · 2, 6, 12, 15, 27, 30, 35, 42, 48, 49, 59, 81

Relações trabalhistas · 69, 71, 75

Resistência ao tratamento · 43, 54

S

Satisfação profissional · 70, 81, 83

Saúde · 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 49, 50, 51, 53, 56, 59, 64, 65, 66, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86

Saúde coletiva · 70, 73

Saúde do trabalhador · 9, 70, 73, 80, 83, 84, 86

Saúde mental · 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 56, 59, 65, 66, 69, 72, 73, 74, 75, 77, 80, 81, 82, 83, 84

Saúde mental dos trabalhadores · 6, 9, 69, 72, 74, 81, 85

Saúde mental infantojuvenil · 5, 9, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 34, 35, 36, 38, 40

Sintomas depressivos · 24, 25, 29, 32, 42, 51, 53

Sistema único de saúde (sus) · 15, 17, 20, 37, 38, 69, 71, 74, 75, 76, 78, 84, 86

Sistemas de saúde · 9, 15, 23, 29, 31, 33, 72, 78, 80

Sobrecarga laboral · 70, 71, 74, 82

Sofrimento emocional · 2, 6, 7, 26, 35, 43, 47, 51, 54, 60, 63, 78

Sofrimento físico · 42, 49, 51, 54

Sofrimento psíquico · 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 23, 25, 30, 37, 44, 48, 53, 56, 57, 59, 60, 61, 65, 66, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84

Suporte multiprofissional · 43

Sus · 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 83, 84, 86

Sustentabilidade do sus · 70

T

Tcth · 42, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 66

Tempo de vida · 6, 43, 56

Trabalho em saúde · 72, 73, 76, 82, 83

Transplante de células-tronco hematopoiéticas (tcth) · 42, 43, 50

Tratamento · 5, 16, 31, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65

V

Valorização dos trabalhadores · 70, 73, 74, 75, 81

Valorização profissional · 7, 70, 80, 81, 83, 84

Vínculos empregatícios · 70, 71, 74, 75

Violência · 2, 5, 9, 11, 15, 17, 19, 23, 24, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 36, 47, 52, 53, 54

Vulnerabilidades · 2, 16, 24, 25, 26, 43, 54, 55, 56



contato@editoraomnisscientia.com.br 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 87 99920-5762 



contato@editoraomnisscientia.com.br 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 87 99920-5762 