



**ABP**  
Associação  
Brasileira de  
Psiquiatria

Ano 11 • nº2 • Abr-Jun 2021  
ISSN 2236-918X

# **DEBATES** em psiquiatria in psychiatry

Publicação destinada exclusivamente aos médicos [www.revistardp.org.br](http://www.revistardp.org.br)

Mala Direta

9912341582/2014-DR/RJ  
ABP

 Correios



**NORMAS CONTÍNUAS PARA A ESCALA DE ESTILOS DE DECISÃO  
(DECISION STYLES SCALE) EM UMA AMOSTRA BRASILEIRA**

**PREVALÊNCIA E CORRELATOS DO USO PROBLEMÁTICO DE  
*SMARTPHONES* POR GRADUANDOS DA ÁREA DA SAÚDE**

**SERÁ A PSICANÁLISE UMA PSEUDOCIÊNCIA? REAVALIANDO  
A DOUTRINA UTILIZANDO UMA LISTA DE MULTICRITÉRIOS**

**ADOCIMENTO MENTAL DOS MÉDICOS NA PANDEMIA DE COVID-19**

**O QUE SABEMOS SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA AS  
MULHERES EM TEMPOS PANDÊMICOS? *INSIGHTS*  
BASEADOS EM TENDÊNCIAS DE BUSCA**

ANÚNCIO

# APRESENTAÇÃO

Prezado(a) leitor(a),

Nesta edição, contamos com dois artigos originais, um artigo de revisão (disponível em dois idiomas), um artigo de atualização e uma comunicação breve.

No primeiro artigo original, assinado por André Luiz Braule Pinto et al., são apresentados parâmetros preliminares no formato de normas contínuas para o uso da Escala de Estilos de Decisão (em inglês, Decision Styles Scale). Com amostra extensa, o estudo abre portas para futuros estudos, mais controlados, que possam validar os achados.

A seguir, Gabriel Acácio Pena de Menezes et al. trazem um tema muito atual e oportuno: o uso problemático de *smartphones* na população jovem. Neste artigo, o foco recai sobre os graduandos da área da saúde: os autores investigam a prevalência do problema e também variáveis que se correlacionam a ele. Os achados indicam que o uso problemático de *smartphones* é prevalente nessa população e pode estar associado a sonolência, transtornos do humor e sintomas de déficit de atenção e hiperatividade.

O artigo de revisão deste número é assinado por Clarice de Medeiros Chaves Ferreira. O título chama à reflexão: Será a psicanálise uma pseudociência? Mais especificamente, o objetivo do artigo é avaliar o *status* científico da psicanálise em relação ao problema da demarcação. Para isso, a autora utilizou-se do critério de Sven Ove Hansson, que consiste em um conjunto de condições suficientes e necessárias, complementadas por multicritérios que auxiliam a identificar pseudociências.

Na sequência temos duas contribuições que se voltam para o tema da pandemia, ainda tão presente em nossa realidade. Alexandrina Meleiro et al. nos atualizam sobre o adoecimento mental dos médicos na pandemia de COVID-19. O artigo relata importantes prevalências de transtorno mental comum, sintomas depressivos, *burnout* e suicídio em discentes, residentes, docentes e profissionais da medicina. Rafaela Ferreira Guatimosim et al., por sua vez, traz *insights* sobre a violência contra as mulheres no Brasil durante a pandemia, com base em dados extraídos do Google Trends, que depois foram comparados com dados de relatórios de denúncias. Os autores observaram aumento nas buscas sobre violência doméstica no Google Trends, o qual, no entanto, contrastou com a diminuição das denúncias contra violência doméstica.

Esperamos que apreciem nossa seleção!

Antônio Geraldo da Silva

Editor Sênior, *Debates em Psiquiatria*



## DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Antônio Geraldo da Silva – DF  
Vice-Presidente: Claudio Martins – RS  
Diretor secretário: Sergio Tamai – SP  
Diretor secretário adjunto: Miriam Gorender – BA  
Diretor tesoureiro: Fátima Vasconcellos – RJ  
Diretor tesoureiro adjunto: Kleber Oliveira – PA

## DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Ruy Palhano Silva – MA  
Diretor Regional Nordeste: Leonardo Francisco de Albuquerque Barbosa – RN  
Diretor Regional Centro-Oeste: Leonardo Rodrigo Baldaçara – TO  
Diretor Regional Sudeste: Humberto Corrêa da Silva Filho – MG  
Diretor Regional Sul: Marcelo Feijó de Mello – SP

## CONSELHO FISCAL

Titulares:

Sérgio Cutin – RS  
Ronaldo Ramos Laranjeira – SP  
Carlos Eduardo Kerbeg Zacharias – SP

Suplentes:

Eduardo Myllius Pimentel – SC  
Suzzana Bernardes de Vasconcellos – AL  
Euclides Gomes – RS

ABP - Rio de Janeiro  
Rua Buenos Aires, 48 – 3º Andar – Centro  
CEP: 20070-022 – Rio de Janeiro - RJ  
Telefax: (21) 2199.7500  
Rio de Janeiro - RJ  
E-mail: abpsp@abppbrasil.org.br  
Publicidade: comercial@abppbrasil.org.br

# ////// EXPEDIENTE

### EDITOR SÊNIOR

Antônio Geraldo da Silva – DF

### EDITOR EXECUTIVO

Alexandre Paim Diaz – SC

### EDITORES-CHEFES

Leandro Malloy-Diniz – MG  
Jose Carlos Appolinario – RJ  
Marcelo Feijó de Mello – SP

### EDITORES ASSOCIADOS

Alexandre Moreira Amaury Cantilino – PE  
Antônio Peregrino – PE  
Carmita Helena Najjar Abdo – SP  
Clarissa Gama – RS  
Érico de Castro e Costa – MG  
Fabio Sousa – CE  
Itiro Shirakawa – SP  
Joel Rennó – SP  
Leonardo Baldaçara – TO  
Marcelo Allevato – RJ  
Marcelo Liborio Schwarzbold – SC  
Raphael Augusto Teixeira – SP  
Rochelle Affonso Marquette – RS  
Tânia Ferraz – SP

### EDITORES JUNIORES

Alexandre Balestieri Balan – SC  
Antonio Leandro Nascimento – RJ  
Camila Tanabe Matsuzaka – SP  
Emerson Arcoverde Numes – RN  
Izabela Guimarães Barbosa – MG  
João Chaves Hiluy – CE  
Larissa Junkes – RJ  
Lorena Del Sant – SP  
Rafael Garcia – RJ

### CONSELHO EDITORIAL

Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro – SP  
Alfredo Minervino – PB  
Almir Ribeiro Tavares Júnior – MG  
Amaury Cantilino – PE  
Ana Cecília Petta Roselli Marques – SP  
Analice de Paula Gigliotti – RJ  
Carla Hervê Moram Bicca – RS  
Carla Moita – PB  
César de Moraes – SP  
Elias Abdalla Filho – DF  
Emerson Arcoverde Numes – RN  
Evelyn Kuczynski – SP  
Fabio Gomes de Matos e Souza – CE  
Francisco Baptista Assumpção Junior – SP  
Gracciele Cunha Asevedo – SP  
Helena Maria Calil – SP  
Humberto Corrêa da Silva Filho – MG  
Irismar Reis de Oliveira – BA  
João Luciano de Quevedo – SC  
Joel Rennó – SP  
José Cássio do Nascimento Pitta – SP  
Leonardo Baldaçara – TO  
Leonardo Rodrigo Baldaçara – TO  
Lucas Alves Pereira – BA  
Lucas Quarantini – BA  
Maila de Castro Lourenço das Neves – MG  
Marcelo Allevato – RJ  
Marcelo Ribeiro de Araujo – SP  
Marcos A. Gebara Muraro – RJ  
Marcos Scanavino – SP  
Maria Alice de Vilhena Toledo – DF  
Paulo Belmonte de Abreu – RS  
Paulo Cesar Geraldês – RJ  
Renan Boeiro – SC  
Ricardo Barcelos – MG  
Rochelle Affonso Marquette – RS  
Sergio Tamai – SP  
Tânia Ferraz – SP  
Tatiana Valverde – DF  
Teng Chei Tung – SP  
Valentim Gentil Filho – SP  
William Azevedo Dunningham – BA

Jornalista Responsável: Brenda Ali Leal  
Revisão de Textos e Editoração Eletrônica: Scientific Linguagem  
Projeto Gráfico e Ilustração: Daniel Adler e Renato Oliveira  
Produção Editorial: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP  
Gerente Geral: Simone Paes  
Impressão: Gráfica Editora Pallotti

# SUMÁRIO

## //////////////////// SUMÁRIO

ABR-JUN 2021

### 6/original

Normas contínuas para a Escala de Estilos de Decisão (Decision Styles Scale) em uma amostra brasileira

ANDRÉ LUIZ BRAULE PINTO, GABRIEL MOUTA, SONIA PAZIAN, LEONARDO BALDAÇARA, ANTONIO GERALDO DA SILVA, LEANDRO F. MALLOY-DINIZ

### 14/original

Prevalência e correlatos do uso problemático de *smartphones* por graduandos da área da saúde

GABRIEL ACÁCIO PENA DE MENEZES, JOÃO PEDRO PAZ TAKEUCHI, LUCIANA ALVES SILVEIRA MONTEIRO, JONAS JARDIM DE PAULA

### 20/revisão

Será a psicanálise uma pseudociência? Reavaliando a doutrina utilizando uma lista de multicritérios

CLARICE DE MEDEIROS CHAVES FERREIRA

### 36/atualização

Adoecimento mental dos médicos na pandemia de COVID-19

ALEXANDRINA MELEIRO, ARTHUR HIRSCHFELD DANILA, EDUARDO DE CASTRO HUMES, SERGIO BALDASSIN, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA, EDMÉA FONTES OLIVA-COSTA

### 44/comunicação

O que sabemos sobre a violência contra as mulheres em tempos pandêmicos? *Insights* baseados em tendências de busca

RAFAELA FERREIRA GUATIMOSIM, ANA LUIZA SILVA TELES, FABIANO FRANCA LOUREIRO, LEONARDO BALDAÇARA, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA, DÉBORA MARQUES DE MIRANDA, LEANDRO FERNANDES MALLOY-DINIZ

As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

ANDRÉ LUIZ BRAULE PINTO  
GABRIEL MOUTA  
SONIA PAZIAN  
LEONARDO BALDAÇARA  
ANTONIO GERALDO DA SILVA  
LEANDRO F. MALLOY-DINIZ

## NORMAS CONTÍNUAS PARA A ESCALA DE ESTILOS DE DECISÃO (DECISION STYLES SCALE) EM UMA AMOSTRA BRASILEIRA

### CONTINUOUS NORMS FOR THE DECISION STYLES SCALE IN A BRAZILIAN SAMPLE

#### Resumo

**Introdução:** A Escala de Estilos de Tomada de Decisão é um instrumento desenvolvido para avaliar dois estilos decisórios distintos, o intuitivo/heurístico vs. o deliberado/racional. Estudos anteriores verificaram que a adaptação brasileira da escala é adequada e apresenta boas propriedades psicométricas. O presente estudo apresenta parâmetros preliminares no formato de normas contínuas para o instrumento.

**Métodos:** Participaram do estudo 1.218 adultos brasileiros com idade entre 18 e 64 anos.

**Resultados:** Os resultados da escala não foram influenciados por idade ou sexo reportado, sendo possível apresentar os resultados em normas contínuas para a amostra global.

**Conclusão:** Os resultados apresentados constituem-se em normas preliminares para a interpretação da versão brasileira do estudo. Novos estudos são necessários para a obtenção de normas com base em amostras representativas da população.

**Palavras-chave:** Tomada de decisão, processamento dual, adaptação transcultural, estilos de tomada de decisão.

#### Abstract

**Introduction:** The Decision Styles Scale (DSS) is an instrument developed to assess two distinct decision-making styles, the intuitive/heuristic vs. deliberate/rational. Previous studies found that the Brazilian Portuguese adaptation of the DSS was adequate and had good psychometric properties. This study presents

preliminary parameters in the format of continuous norms for the scale.

**Methods:** 1218 Brazilian adults aged from 18 to 64 years participated in the study.

**Results:** The scale results were not influenced by reported age or sex, and the results can be presented as continuous norms for the entire sample.

**Conclusion:** The results presented constitute preliminary norms for interpretation of the Brazilian version of the DSS. Future studies are needed to derive Brazilian norms based on representative samples of the population.

**Keywords:** Decision-making, dual processing theory, cross-cultural adaptation, decision-making styles.

#### INTRODUÇÃO

O estudo da tomada de decisão, por sua relevância na compreensão sobre como as pessoas selecionam alternativas, tem atraído a atenção de profissionais de diferentes áreas, como a filosofia, administração, economia, *marketing*, ciência dos esportes, políticas públicas, educação, psicologia e medicina<sup>1</sup>. A capacidade de analisar alternativas e selecionar uma ou mais opções em detrimento de outras é de fundamental importância para a adaptação e manutenção de um nível funcional adequado a diferentes contextos. Nesse sentido, o conceito de tomada de decisão refere-se ao processo de escolha entre alternativas concorrentes que apresentam consequências potencialmente diferentes. A concepção de que as decisões ocorrem de modo racional parte do pressuposto de que somos capazes de escolher deliberadamente as alternativas com maior potencial

de ganho e menor custo. Essa concepção é a base dos modelos normativos da tomada de decisão<sup>2</sup>, segundo o qual, na seleção entre alternativas, considerando todas as informações disponíveis, entram em jogo diferentes elementos, como o valor (importância que se dá a algum elemento de uma alternativa), a utilidade (o grau de satisfação/êxito potencialmente obtido a partir da alternativa escolhida) e a probabilidade (chance de obtenção de satisfação/êxito a partir da alternativa selecionada).

Ainda que a racionalidade tenha sido um elemento norteador dos estudos clássicos sobre a tomada de decisão, essa concepção tem sido amplamente questionada ao longo do tempo. Os processos decisórios são influenciados por uma série de variáveis subjetivas/irracionais que podem levar a escolhas que desconsideram a análise deliberada do custo e do benefício em termos temporais (consequências imediatas vs. consequências de longo prazo). Variáveis situacionais, como distância da decisão em relação à última refeição<sup>3</sup>, sobrecarga cognitiva<sup>4</sup>, influência do grupo<sup>5</sup>, escassez/abundância de recursos<sup>6,7</sup>, podem modular escolhas sem que tenhamos a percepção exata dessa influência. Além disso, vieses cognitivos podem influenciar de forma substancial um julgamento e uma decisão, fugindo à expectativa de racionalidade (vide, por exemplo, o efeito de *framing* descrito por Kaneman & Tversky<sup>8</sup>).

Além da influência das variáveis situacionais, aspectos relativamente estáveis da personalidade e cognição de um indivíduo podem subsidiar tendências e estilos decisórios. Estudos com pacientes com comprometimentos em sistemas neurais específicos mostram que esses indivíduos tendem a decidir de modo previsível. Por exemplo, comprometimentos em circuitos que envolvem o córtex orbitofrontal podem levar a estilos decisórios mais imediatistas com prejuízos na antecipação de cenários<sup>9</sup>. Por outro lado, em transtornos psiquiátricos, padrões imediatistas/não prospectivos de tomada de decisão são encontrados em indivíduos com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade<sup>10</sup>, transtorno obsessivo-compulsivo<sup>11</sup>, transtorno bipolar<sup>12</sup>, alcoolismo<sup>13</sup>, transtorno de personalidade *borderline*<sup>14</sup>, entre outras condições clínicas. A tomada de decisão imediatista pode estar relacionada a diversos desfechos clínicos adversos,

como as tentativas de suicídio<sup>12,15</sup> e problemas financeiros<sup>16</sup>.

Em contextos não clínicos, as dificuldades em tomar decisão considerando ganhos de longo prazo e com má gestão de risco também parecem estar relacionadas a problemas em múltiplas áreas, como comportamento no trânsito<sup>17</sup>, problemas financeiros<sup>18</sup>, prática de *bullying* no contexto escolar<sup>19</sup> e evasão escolar<sup>20</sup>. A hipótese de que as pessoas desenvolvem tendências em tomar decisões de maneira semelhante em diferentes situações da vida ao longo do tempo tem subsidiado a ideia de que há diferentes estilos decisórios, os quais influenciariam a forma como as pessoas resolvem problemas, julgam situações e fazem suas escolhas. Hamilton et al.<sup>21</sup> sugerem que esses estilos seriam a confluência entre traços de personalidade e a experiência/aprendizagem.

Dada a importância da tomada de decisão e o seu impacto em diferentes aspectos das atividades humanas, o desenvolvimento de medidas de avaliação desses processos tem recebido particular atenção nas últimas décadas. Medidas neuropsicológicas de tomada de decisão têm sido amplamente empregadas nesse sentido. No entanto, no Brasil, há poucos instrumentos adaptados e com resultados favoráveis que permitam uso para fins de pesquisa e outras aplicações (por exemplo, o Melbourne Decision-Making Questionnaire<sup>22</sup>). No entanto, não há, até o momento, parâmetros normativos para o uso de escalas que avaliam os diferentes estilos de tomada de decisão para indivíduos brasileiros.

Recentemente, Mouta et al.<sup>23</sup> realizaram a adaptação transcultural da Escala de Estilos de Decisão (Decision Styles Scale – DSS) para a população brasileira. A escala é composta por 10 itens que apresentam situações em que as pessoas devem, a partir de uma escala Likert de 5 pontos, reportar sobre suas tendências decisórias. Os resultados da escala são úteis para informar sobre dois estilos de tomada de decisão: o racional (ex.: análise deliberada de prós e contras de uma determinada situação) e o intuitivo (ex.: decisões com base em impressões e sentimentos). Desde o seu desenvolvimento<sup>21</sup>, diversos estudos têm reportado suas propriedades psicométricas, além de sua aplicabilidade na pesquisa sobre fenômenos sociais como a persuasão<sup>24</sup>, autocontrole e comportamento criminal<sup>25</sup> e comportamento ético/moral<sup>26</sup>.

No estudo da adaptação transcultural da DSS para a população brasileira, Mouta et al.<sup>23</sup> reportaram dados que sustentam sua estrutura de dois fatores. Os resultados também apontaram propriedades psicométricas adequadas para o uso da escala em nosso contexto. No entanto, o estudo não apresenta parâmetros para a interpretação da escala para uso no Brasil. O objetivo do presente estudo é apresentar parâmetros para uso da escala quando aplicada em indivíduos brasileiros.

## MÉTODO

### Participantes

Os participantes foram 1.218 indivíduos selecionados por conveniência, 73,4% do sexo feminino ( $n = 816$ ), com idade entre 18 e 64 anos ( $M = 26,68$ ;  $DP = 8,32$ ) e escolaridade média de 16,86 anos ( $DP = 3,72$ ). Em relação ao estado civil, 818 referiram ser solteiros (67,15%), de classe social alta (51,64% entre as classes B2 e A). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas detalhadas.

### Instrumento: Decision Styles Scale (DSS)

Desenvolvida por Hamilton et al.<sup>21</sup> e adaptada para o português brasileiro por Mouta et al.<sup>23</sup>, é uma medida

de autorrelato que avalia o estilo racional ("Eu considero muitos fatores quando tomo decisões") e o estilo intuitivo ("Quando tomo decisões, eu confio principalmente nos meus instintos"). A escala contém 10 itens e apresenta uma série de afirmações sobre as formas pelas quais as pessoas preferem tomar decisões, marcando em uma escala Likert de 5 pontos, entre 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). A versão usada neste estudo mostra excelente adequação [*comparative fit indices* (CFI) = 0,937; *root mean squared error of approximation* (RMSEA) = 0,076;  $p < 0,001$ ; *90% confidence interval* (90%CI) = 0,066-0,086; *Tucker-Lewis index* (TLI) = 0,917; *standardized root mean square residual* (SRMR) = 0,073] e alta confiabilidade acessada pelo alfa de Cronbach e coeficiente de McDonald para estilo racional ( $\alpha = 0,832$  e  $\omega = 0,837$ ) e para estilo intuitivo ( $\alpha = 0,770$  e  $\omega = 0,779$ ).

### Procedimentos

O estudo originalmente foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Uma plataforma online foi desenvolvida e divulgada nas redes sociais. Após a leitura dos objetivos do estudo e a confirmação do consentimento por meio do Termo de Consentimento

**Tabela 1** - Descrição da amostra por região do Brasil ( $n = 1.218$ )

Variáveis	f	%	n	Média	DP	Min	Max
Regiões do Brasil							
Centro-Oeste	17	1,5					
Nordeste	54	4,9					
Norte	856	77,0					
Sudeste	156	14,0					
Sul	28	2,5					
Sexo							
Feminino	816	73,4					
Masculino	295	26,6					
Idade			936	26,7	8,32	18	64
Escolaridade			962	16,9	3,72	8,00	29,0
Classe socioeconômica			1110	31,9	10,96	7	79
Escala de estilo de decisão							
Racional			1218	20,7	3,63	5	25
Intuitivo			1218	14,8	3,98	5	25

f = frequência; DP = desvio padrão; Min = mínima; Max = máxima.



Livre e Esclarecido, os participantes preencheram a DSS em conjunto com instrumentos que avaliavam processos afetivos e um questionário sociodemográfico, com duração média de 15 minutos. Os dados apresentados no presente estudo referem-se aos dados da DSS. As análises estatísticas foram realizadas através do *software* Jamovi<sup>27</sup>. Primeiramente, foram realizadas análises de regressão linear, usando estimador Mínimos Quadrados Ordinários [*ordinary least squares* (OLS)], um tipo de método para estimar os parâmetros desconhecidos em um modelo de regressão linear. Em seguida, foram calculadas as normas para cada fator usando os procedimentos de normas contínuas sugeridos por Lenhard et al.<sup>28,29</sup> e Lenhard & Lenhard.<sup>30</sup>

## RESULTADOS

Em relação aos participantes de diferentes regiões do país, observou-se participação das cinco regiões, com participação maior das regiões Norte e Sudeste, respectivamente. Em sua maioria, a amostra foi composta por mulheres, com alta escolaridade e poder aquisitivo. Nos escores médios da DSS, observa-se que os participantes reportaram maiores níveis para o estilo racional quando comparado ao estilo intuitivo.

Ajustamos um modelo linear (usando estimador OLS) para prever cada fator de DSS a partir do sexo e idade dos participantes. O modelo global não apresentou significância estatística nem para o estilo racional [ $R^2 = 0,0012$ ;  $F(2,933) = 0,59$ ;  $p = 0,552$ ]; nem para o estilo intuitivo [ $R^2 = 0,007$ ;  $F(2,933) = 2,51$ ;  $p = 0,082$ ]. Dado que os modelos não apresentaram influência, nem do sexo, nem da idade, calculamos as normas com base exclusivamente na amostra total para cada fator (Tabela 2). As pontuações T padronizadas desta tabela podem ser usadas para comparar a pontuação DSS de um indivíduo com as pontuações do grupo de referência.

## Discussão

Os resultados apresentados neste estudo caracterizam o desempenho de uma amostra brasileira na escala DSS e constituem-se como o primeiro estudo com parâmetros de interpretação obtidos a partir de dados coletados com amostras de população geral. Esses resultados complementam os achados de Mouta et al.<sup>23</sup>, que reportaram a adaptação transcultural e

propriedades psicométricas da versão brasileira da escala. No estudo, os autores encontraram indicadores psicométricos semelhantes ao estudo original da escala, e a adequação da versão adaptada serviu de base para a análise dos parâmetros preliminares de interpretação aqui reportados.

Desde o desenvolvimento inicial da escala, a DSS foi submetida a estudos que aferiram suas propriedades psicométricas. Hamilton et al.<sup>21</sup> verificaram a estrutura fatorial que suporta a presença dos dois estilos fatoriais, racional e intuitivo. Nesse mesmo estudo, os autores apresentaram excelentes indicadores de confiabilidade e fidedignidade da escala, além de dados que suportam a validade divergente e discriminante do instrumento quando comparado com outras medidas psicológicas de personalidade. Posteriormente, os mesmos autores

**Tabela 2** - Dados normativos para cada fator da DSS estimados a partir de uma amostra brasileira (n = 1.218)

Estilo racional			Estilo intuitivo		
Escore	Norma	Percentil	Escore	Norma	Percentil
5,00	20,0	0,135	5,00	24,3	0,510
6,00	21,3	0,208	6,00	27,7	1,276
7,00	22,9	0,332	7,00	30,6	2,615
8,00	24,4	0,520	8,00	33,3	4,740
9,00	25,9	0,801	9,00	35,9	7,861
10,00	27,5	1,213	10,00	38,3	12,165
11,00	29,1	1,812	11,00	40,8	17,770
12,00	30,7	2,669	12,00	43,2	24,697
13,00	32,4	3,880	13,00	45,6	32,829
14,00	34,1	5,566	14,00	48,0	41,902
15,00	35,9	7,880	15,00	50,4	51,508
16,00	37,7	11,005	16,00	52,8	61,137
17,00	39,7	15,151	17,00	55,3	70,243
18,00	41,8	20,541	18,00	57,8	78,336
19,00	44,0	27,382	19,00	60,4	85,064
20,00	46,4	35,813	20,00	63,0	90,277
21,00	49,0	45,834	21,00	65,6	94,028
22,00	51,8	57,205	22,00	68,2	96,533
23,00	55,1	69,344	23,00	70,7	98,088
24,00	58,9	81,270	24,00	73,2	98,990
25,00	63,8	91,695	25,00	75,7	99,484

**ANDRÉ LUIZ BRAULE PINTO**  
**GABRIEL MOUTA**  
**SONIA PAZIAN**  
**LEONARDO BALDAÇARA**  
**ANTONIO GERALDO DA SILVA**  
**LEANDRO F. MALLOY-DINIZ**

# ARTIGO

verificaram que os estilos de personalidade aferidos pela escala são preditivos de fenômenos distintos<sup>31</sup>. Enquanto o estilo racional de decisão foi positivamente correlacionado com a precisão e velocidade das decisões, a criatividade e a confiança se relacionam com informações baseadas em estados afetivos no processo decisório. Por outro lado, o estilo intuitivo relacionou-se positivamente com a confiança nos estados afetivos em processos decisórios e negativamente com o aprofundamento em informações para nortear decisões. Os autores também demonstraram potenciais interações entre esses dois estilos na velocidade e eficiência da tomada de decisão.

De acordo com a proposta original, a DSS é compatível com os modelos teóricos de processamento dual que postulam a existência da dicotomia entre processos deliberados/controlados vs. processos automáticos/heurísticos. Nesse sentido, a DSS tem sido usada para avaliar processos intuitivos e deliberados relacionados à persuasão<sup>32</sup>, maximização de ganhos em processos decisórios<sup>33</sup>, comportamento/decisões éticas<sup>31</sup> e comportamento criminal<sup>25</sup>. Sua potencial aplicabilidade para a investigação de questões clínicas também é destacada pelos autores da escala.

Até onde sabemos, a adaptação brasileira da DSS foi a primeira e única até o momento desde a publicação da versão original<sup>23</sup>. A ausência de outros parâmetros normativos para a escala dificulta a comparação entre os nossos dados e os das outras versões do instrumento em contextos culturais distintos. Estudos futuros poderão propiciar tais comparações. Além das propriedades psicométricas reportadas por Mouta et al.<sup>23</sup> e dos parâmetros normativos preliminares aqui reportados, são necessários novos estudos para aferir a validade de critério e de construto da versão brasileira da DSS.

O estudo apresenta uma importante limitação. Em que pese a amostra tenha sido composta por 1.200 participantes, não foram controladas variáveis sociodemográficas como região, sexo e escolaridade dos participantes. Estudos futuros deverão obter normas estratificadas para a escala considerando tais variáveis.

Apesar das limitações do presente estudo, que devem ser consideradas em análises utilizando o instrumento, os dados aqui reportados poderão ser utilizados para interpretação inicial dos resultados da versão brasileira

do instrumento, principalmente em indivíduos com características semelhantes aos que compuseram a amostra dessa investigação.

Artigo submetido em 04/05/2021, aceito em 04/05/2021. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** André Luiz de Carvalho Braule Pinto, Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, CEP 31270-122, Belo Horizonte, MG. E-mail: braulepintoalc@gmail.com

## Referências

1. Schiavon B, Sallum I, Grassi-Oliveira R, Malloy-Diniz L. Julgamento e tomada de decisão: conceitos gerais. In: Malloy-Diniz L, Klume-Schiavon B, Grassi-Oliveira R. Julgamento e tomada de decisão. São Paulo: Pearson; 2018. p. 25-46.
2. Arvai J, Campbell-Arvai V, Steel P. Decision-making for sustainability: a systematic review of the body of knowledge [Internet]. 2012 [cited 2021 Jul 19]. [static1.squarespace.com/static/5d5156083138fd000193c11a/t/5f2efe6e0c19916a4256753a/1596915324664/NBS-Systematic-Review-Decision-Making.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5d5156083138fd000193c11a/t/5f2efe6e0c19916a4256753a/1596915324664/NBS-Systematic-Review-Decision-Making.pdf)
3. Danziger S, Levav J, Avnaim-Pesso L. Extraneous factors in judicial decisions. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011;108:6889-92.
4. Osgood JM. Ego-depletion increases selfish decision making, but may also increase self-conflict and regret about those decisions. *J Soc Psychol*. 2019;159:417-30.
5. Gong X, Sanfey AG. Social rank and social cooperation: impact of social comparison processes on cooperative decision-making. *PLoS One*. 2017;12:e0175472.
6. Mani A, Mullainathan S, Shafrir E, Zhao J. Poverty impedes cognitive function. *Science*. 2013;341:976-80.
7. Ong Q, Theseira W, Ng IY. Reducing debt improves psychological functioning and changes decision-making in the poor. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2019;116:7244-9.

8. Kahneman D, Slovic P, Tversky A. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. Cambridge: Cambridge University; 1982.
9. Howard JD, Kahnt T. Causal investigations into orbitofrontal control of human decision making. *Curr Opin Behav Sci.* 2021;38:14-9.
10. Malloy-Diniz L, Fuentes D, Leite WB, Correa H, Bechara A. Impulsive behavior in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: characterization of attentional, motor and cognitive impulsiveness. *J Int Neuropsychol Soc.* 2007;13:693-8.
11. Grassi G, Pallanti S, Righi L, Figuee M, Mantione M, Denys D, et al. Think twice: impulsivity and decision making in obsessive-compulsive disorder. *J Behav Addict.* 2015;4:263-72.
12. Malloy-Diniz LF, Neves FS, Abrantes SS, Fuentes D, Corrêa H. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. *J Affect Disord.* 2009;112:231-6.
13. Camchong J, Endres M, Fein G. Decision making, risky behavior, and alcoholism. *Handb Clin Neurol.* 2014;125:227-36.
14. Svaldi J, Philippsen A, Matthies S. Risky decision-making in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2012;197:112-8.
15. Perrain R, Dardennes R, Jollant F. Risky decision-making in suicide attempters, and the choice of a violent suicidal means: an updated meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;280:241-9.
16. Bangma DF, Koerts J, Fuermaier AB, Mette C, Zimmermann M, Toussaint AK, et al. Financial decision-making in adults with ADHD. *Neuropsychology.* 2019;33:1065-77.
17. Cheng AS, Ting KH, Liu KP, Ba Y. Impulsivity and risky decision making among taxi drivers in Hong Kong: an event-related potential study. *Accid Anal Prev.* 2016;95:387-94.
18. Teichman JM, Matsumoto E, Smart M, Smith AE, Tongco W, Hosking DE, et al. Personal finances of residents at three Canadian universities. *Can J Surg.* 2005;48:27-32.
19. Medeiros W, Torro-Alves N, Malloy-Diniz LF, Minervino CM. Executive functions in children who experience bullying situations. *Front Psychol.* 2016;7:1197.
20. Bradshaw CP, O'Brennan LM, McNeely CA. Core competencies and the prevention of school failure and early school leaving. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2008;122:19-32.
21. Hamilton K, Shih SI, Mohammed S. The development and validation of the rational and intuitive decision styles scale. *J Pers Assess.* 2016;98:523-35.
22. Cotrena C, Branco LD, Fonseca RP. Adaptation and validation of the Melbourne decision making questionnaire to Brazilian Portuguese. *Trends Psychiatry Psychother.* 2018;40:29-37.
23. Mouta GS, Pinto AL, Malloy-Diniz LF, Pazian RS. Cross-cultural adaptation, and factor structure of the decision styles scale for Brazil. *Curr Res Behav Sci.* 2021;2:100039.
24. Wang X, Shi W, Kim R, Oh Y, Yang S, Zhang J, et al. Persuasion for good: towards a personalized persuasive dialogue system for social good. In: Proceedings of the 57th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics [Internet]. Stroudsburg: Association for Computational Linguistics. 2019 [cited 2021 Jul 29]. p. 5635-49. [www.jamovi.org](http://www.savethechildren.org/McClanahan W, van der Linden S, Ruggeri K. Decision-making style mediates the relationship between trait self-control and self-reported criminal behavior. <i>Pers Individ Dif.</i> 2019;151:109537.</i></li><li>25. McClanahan W, van der Linden S, Ruggeri K. Decision-making style mediates the relationship between trait self-control and self-reported criminal behavior. <i>Pers Individ Dif.</i> 2019;151:109537.</li><li>26. Tzini K, Jain K. Unethical behavior under relative performance evaluation: evidence and remedy. <i>Hum Resour Manage.</i> 2018;57:1399-413.</li><li>27. The jamovi project. Jamovi [Internet]. 2021. <a href=)
28. Lenhard A, Lenhard W, Suggate S, Segerer R. A continuous solution to the norming problem. *Assessment.* 2018;25:112-25.
29. Lenhard A, Lenhard W, Gary S. Continuous norming of psychometric tests: a simulation study of parametric and semi-parametric approaches. *PLoS One.* 2019;14: e0222279.
30. Lenhard W, Lenhard A. Improvement of norm score quality via regression-based continuous norming.

**ANDRÉ LUIZ BRAULE PINTO**  
**GABRIEL MOUTA**  
**SONIA PAZIAN**  
**LEONARDO BALDAÇARA**  
**ANTONIO GERALDO DA SILVA**  
**LEANDRO F. MALLOY-DINIZ**

- educational and psychological measurement. *Educ Psychol Meas.* 2021;81:229-61.
31. Hamilton K, Shih SI, Mohammed S. The predictive validity of the decision styles scale: an evaluation across task types. *Pers Individ Dif.* 2017;119:333-40.
  32. Parsons K, Butavicius M, Delfabbro P, Lillie M. Predicting susceptibility to social influence in phishing emails. *Int J Hum Comput Stud.* 2019;128:17-26.
  33. Cheek NN, Goebel J. What does it mean to maximize? "Decision difficulty," indecisiveness, and the jingle-jangle fallacies in the measurement of maximizing. *Judgm Decis Mak.* 2020;15:7-24.

ANÚNCIO

GABRIEL ACÁCIO PENA DE MENEZES  
JOÃO PEDRO PAZ TAKEUCHI  
LUCIANA ALVES SILVEIRA MONTEIRO  
JONAS JARDIM DE PAULA

## PREVALÊNCIA E CORRELATOS DO USO PROBLEMÁTICO DE *SMARTPHONES* POR GRADUANDOS DA ÁREA DA SAÚDE

### PREVALENCE AND CORRELATES OF PROBLEMATIC SMARTPHONE USE IN UNDERGRADUATE STUDENTS ON HEALTH COURSES

#### Resumo

**Introdução:** Os *smartphones* são considerados um *gadget* fundamental entre os jovens porque oferecem uma infinidade de serviços e operam muitas funções diferentes, acabando por substituir vários dispositivos. O uso problemático de *smartphones* tem implicações físicas e psicológicas.

**Objetivo:** Encontrar a prevalência de uso problemático de *smartphone* (UPS) entre alunos de graduação de uma faculdade particular de saúde, em Belo Horizonte (MG), e correlacionar esse comportamento com transtornos de humor, sono, falhas cognitivas, déficit de atenção e hiperatividade.

**Método:** A amostra foi avaliada por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Escala de Sonolência de Epworth, Inventário de Dependência de *Smartphone*, Escala de Autorrelato de Adultos (ASRS-18) e Questionário de Falhas Cognitivas.

**Resultados:** Um total de 156 voluntários respondeu à pesquisa, a maioria estudantes de medicina. A prevalência de PSU foi de 52,5%, sendo estaticamente correlacionada com sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de humor e transtornos do sono. A prevalência de sintomas de depressão e ansiedade foi de 66,6 e 82,69%, respectivamente.

**Conclusão:** Concluímos que o UPS é um fenômeno prevalente entre estudantes da área da saúde, podendo estar associado à sonolência, transtornos do humor e sintomas de déficit de atenção e hiperatividade.

**Palavras-chave:** Saúde mental, *smartphone*, comportamento aditivo, transtorno de humor, déficit de atenção e hiperatividade.

#### Abstract

**Introduction:** Young people consider smartphones as essential because they offer an infinite range of services and operate many different functions, enabling them to substitute many different devices. Problematic smartphone use has both physical and psychological implications.

**Objective:** To establish the prevalence of problematic smartphone use (PSU) among undergraduate students at a private medical school in Belo Horizonte, MG, Brazil, and to correlate this behavior with mood disorders, sleep disorders, cognitive disorders, and attention deficit hyperactivity disorder.

**Method:** The sample was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Epworth Somnolence Scale, the Smartphone Dependence Inventory, the Adult Self-Report Scale (ASRS-18), and the Cognitive Failure Questionnaire.

**Results:** A total of 156 volunteers participated in the study, the majority of whom were medical students. The prevalence of PSU was 52.5% and was statistically correlated with symptoms of attention deficit and hyperactivity, mood disorders, and sleep disorders. The prevalence rates of symptoms of depression and anxiety were 66.6 and 82.69%, respectively.

**Conclusions:** We conclude that PSU is a prevalent phenomenon among students studying medicine and related areas and can be associated with somnolence, affective disorders, and symptoms of attention deficit and hyperactivity.

**Keywords:** Mental health, smartphone, addictive behavior, mood disorder, attention deficit, hyperactivity.

## INTRODUÇÃO

*Smartphones* são aparelhos considerados fundamentais pela maioria dos jovens, já que oferecem amplo acesso a serviços e podem desempenhar inúmeras funções, de maneira a dispensar o uso de múltiplos aparelhos em prol do uso de apenas um. Cerca de 40% dos jovens consideram as informações veiculadas por meio de *smartphones* significativas<sup>1</sup>, e 60% apresentam comportamento de risco e susceptibilidade à dependência, especialmente aqueles que possuem acesso à internet em seus dispositivos móveis<sup>2</sup>.

Existem observações na literatura de que 40% dos graduandos pós-graduandos apresentam comportamento de risco para dependência de *smartphones*, especialmente entre mulheres que se queixam de solidão e tédio. Apesar da prevalência alarmante, é também relatado que apenas 1% dos usuários de *smartphones* podem ser considerados altamente prejudicados<sup>3</sup>. Esse comportamento aditivo está relacionado, mas não apenas, à história parental de uso patológico de *smartphones*, isolamento social, redução da capacidade de autocontrole, transtornos de humor e fatores socioculturais<sup>4-6</sup>. Nessa mesma linha de pensamento, a literatura também sugere que boas relações entre pares não podem ser consideradas fator protetor para o uso problemático de *smartphones* (UPS)<sup>7</sup>. Apesar disso, inexistente um modelo psicopatológico adequado para explicar o UPS.

Existe associação entre UPS e insônia em adolescentes e jovens adultos<sup>8</sup>. UPS também pode ser correlacionado com problemas osteomusculares e falhas cognitivas, inclusive promotoras de situações de risco contra a vida em casos de déficit de atenção, que podem implicar em acidentes de trânsito<sup>9-12</sup>. Em somatização, estudos anteriores estabeleceram correlações fortes entre UPS com somatização, transtornos de humor e comportamento disruptivo entre adolescentes em tratamento psiquiátrico<sup>13</sup>.

Este estudo visa investigar a prevalência do UPS entre graduandos de uma instituição de ensino superior privada da área da saúde (que oferece cursos de enfermagem, fisioterapia, medicina e psicologia) de Belo Horizonte (MG), Brasil. Além disso, pesquisaram-se possíveis associações de depressão e ansiedade, dado que esses transtornos são prevalentes tanto em profissionais<sup>14</sup> quanto em estudantes da área da saúde<sup>15,16</sup>.

## MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição na qual foi conduzido (CAAE nº 20819119.0.0000.5134). Trata-se de um estudo transversal observacional de amostra não probabilística. Os voluntários (todos com 18 anos ou mais) receberam um questionário online com seis seções, ao qual deveriam responder anonimamente. Por questões éticas, cada voluntário forneceu eletronicamente seu consentimento livre e esclarecido antes da coleta dos dados.

Na primeira seção, os voluntários deveriam informar o curso em que estavam matriculados e qual ano/período estavam cursando. O restante do questionário era composto por instrumentos psicométricos, a saber: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), analisando-se isoladamente seu componente depressivo (D) e o ansioso (A)<sup>17</sup>; Escala de Sonolência de Epworth (ESS)<sup>18</sup>, para que fosse possível inferir transtornos relacionados ao sono; Smartphone Addiction Inventory (SPAI)<sup>19</sup>; Adult Self Report Scale (ASRS-18)<sup>20</sup>, adotado como um instrumento para quantificar sintomas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); e Questionário de Falhas Cognitivas<sup>21</sup> (CFQ). Esses instrumentos foram aplicados em suas versões devidamente traduzidas e adaptadas culturalmente ao público brasileiro.

Como a maioria dos estudantes matriculados na instituição em questão está cursando medicina (aproximadamente 80% dos participantes), optou-se por agrupar os voluntários em grupos, separando estes daqueles que cursam os demais programas de graduação; assim, para analisar os dados coletados, é válido mencionar que um grupo era composto por estudantes que possuíam dedicação em tempo integral ao curso (medicina) e o outro por alunos com dedicação em um turno (enfermagem, fisioterapia e psicologia). A

**GABRIEL ACÁCIO PENA DE MENEZES**  
**JOÃO PEDRO PAZ TAKEUCHI**  
**LUCIANA ALVES SILVEIRA MONTEIRO**  
**JONAS JARDIM DE PAULA**

análise estatística foi feita por meio do programa JASP (versão 0.11.1; ASP Team, 2019). A associação entre as variáveis foi verificada por meio do coeficiente de correlação de Spearman.

## RESULTADOS

Ao todo, 156 estudantes aceitaram participar como voluntários desta pesquisa. Destes, 116 eram graduandos de medicina e 40 eram graduandos dos outros cursos da instituição (18 de psicologia, 14 de enfermagem e oito de fisioterapia). Nesta amostra, 13 estudantes estavam matriculados no primeiro semestre, 24 no segundo, 37 no terceiro, 20 no quarto, 30 no quinto, cinco no sexto, 14 no sétimo, seis no oitavo, seis no nono e um no décimo.

Acerca da dependência de *smartphone*, 52,5% da amostra preenchia critérios suficientes para qualificar o UPS segundo o SPAI (adotando ponto de corte de 10). Além disso, 66% dos voluntários preenchiam critérios para possível diagnóstico de depressão (ponto de corte de 5) e ainda mais alunos (82,69%) para ansiedade (ponto de corte de 6).

Foi verificada também correlação positiva e estatisticamente significativa entre UPS e sintomas atencionais e de hiperatividade, ansiedade, depressão e sonolência. Não foi possível verificar correlação entre UPS e falhas cognitivas. Os resultados podem ser verificados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Correlações de Spearman entre uso problemático de *smartphones*, mensurado por meio do Smartphone Addiction Inventory, e variáveis referentes à saúde mental

Correlação com a SPAI	rho
Questionário de Falhas Cognitivas	0,018
HADS (Ansiedade)	0,251*
HADS (Depressão)	0,243*
Escala de Sonolência de Epworth	0,232*
ASRS-18 - Hiperatividade	0,339†
ASRS-18	0,437†

SPAI = Smartphone Addiction Inventory; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; ASRS-18 = Adult Self-Report Scale.

\* p < 0,05.

† p < 0,01.

## Discussão

Cerca de metade da amostra estudada (52,5%) apresentou uso elevado e disfuncional de *smartphones*, que pode ser caracterizado pelo SPAI como uma dependência. Esse valor é significativamente maior do que o encontrado em estudos populacionais (10-30%)<sup>22</sup>, apesar de corroborar com o achado de outro estudo conduzido em Belo Horizonte com universitários de outra instituição<sup>23</sup>. Uma possível explicação para tais achados é que *smartphones* são utilizados como um instrumento de *coping*, já que se sabe que os níveis de estresse entre estudantes da área da saúde são maiores que os da população geral<sup>24</sup>.

Os achados desta pesquisa também indicam correlação entre UPS e ansiedade e depressão, o que pode ser, na percepção dos autores, entendido de duas maneiras: pode-se entender que ansiedade e depressão são fatores de risco para o desenvolvimento de UPS<sup>25,26</sup>; outra possibilidade é que esses transtornos, na verdade, são consequência do UPS<sup>26</sup>. Como ambas as possibilidades são plausíveis, estudos devidamente desenhados para avaliar essa questão são necessários.

Especificamente sobre a correlação entre UPS e ansiedade, os achados corroboram aqueles encontrados na literatura internacional<sup>27</sup>. Isso é verificado nos casos dos sintomas de hiperatividade e déficit de atenção<sup>28,29</sup>. Ressaltamos que, como a impulsividade é um sintoma importante do TDAH e é um fator relevante na psicopatologia das dependências, esses achados eram esperados<sup>30</sup>.

Por fim, foi encontrada uma correlação significativa entre PSU e sonolência diurna, confirmando os achados de estudos feitos em outras comunidades<sup>22,31</sup>. Tal relação pode ser explicada pela prolongada exposição à luz à noite, afetando o ciclo circadiano e gerando sonolência. Os pesquisadores gostariam de ressaltar a emergência dessa área de pesquisa recentemente e a oferta de inovações tecnológicas que podem mitigar esta problemática<sup>32</sup>.

Considerando a única variável que não foi possível correlacionar estatisticamente com UPS (falhas cognitivas), observa-se discordância com estudos prévios em que esta foi verificada<sup>33</sup>, ainda que a evidência não seja robusta. Nossos achados sugerem que voluntários com UPS não desenvolvem clinicamente manifestações



cognitivas; isso apoia o entendimento de UPS como uma condição desadaptativa, e não um transtorno primário.

É importante observar que esta pesquisa possui limitações. A amostra não foi representativa, além de ter envolvido poucos alunos no fim da graduação e poucos alunos de cursos que não são de período integral. Em somatória, apesar de os instrumentos em questão serem adequados para a população em estudo, eles valem-se de autorrelatos, que não necessariamente refletem os reais comportamentos dos voluntários. É também relevante mencionar que os dados foram coletados antes da pandemia de COVID-19, então os achados deste trabalho não podem ser extrapolados para o contexto de crise sanitária, o que requer estudos especialmente desenhados para tal situação.

### CONCLUSÃO

Conclui-se que UPS é um fenômeno prevalente entre estudantes da área da saúde e pode ser associado com sonolência, depressão, ansiedade e sintomas de TDAH. Esses resultados reforçam a necessidade de mais pesquisas para entender os prejuízos causados pelo UPS e suas repercussões na saúde mental.

### Agradecimentos

Este trabalho foi apoiado pela Ciências Médicas de Minas Gerais, por meio do Programa de Bolsas de Iniciação Científica Institucional (PROBIC) 2º/2019 e pela Liga Acadêmica de Saúde Mental CMMG, um grupo de estudos do qual todos os autores deste trabalho eram membros durante a execução desta pesquisa.

Artigo submetido em 31/05/2021, aceito em 31/05/2021. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Jonas Jardim de Paula, Rua José Silva Passos, 300, Torre C 901, CEP 31070-022, Belo Horizonte, MG. E-mail: jonasjardim@gmail.com

### Referências

1. Gutiérrez-Rentería ME, Santana-Villegas JC, Pérez-Ayala M. Smartphone: usos y gratificaciones de los jóvenes en México en 2015. *Palabra Clave*. 2015;20:47-68.
2. Medrano JL, Rosales FL, Loving RD. Conducta adictiva a las redes sociales y su relación con el uso problemático del móvil. *Acta Investig Psicol*. 2017;7:2832-38.
3. Ruiz-Palmero J, Sánchez-Rodríguez J, Trujillo-Torres JM. Utilización de Internet y dependencia a teléfonos móviles en adolescentes. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv*. 2016;14:1357-69.
4. Borges AP, Joia LA. Executivos e smartphones: uma relação ambígua e paradoxal. *Organ Soc*. 2013;20:585-602.
5. Youn H, Lee SI, Lee SH, Kim JY, Kim JH, Park EJ, et al. Exploring the differences between adolescents' and parents' ratings on adolescents' smartphone addiction. *J Korean Med Sci*. 2018;33:e347.
6. Lee EJ, Kim HS. Gender differences in smartphone addiction behaviors associated with parent-child bonding, parent-child communication, and parental mediation among Korean elementary school students. *J Addict Nurs*. 2018;29:244-54.
7. Ihm J. Social implications of children's smartphone addiction: the role of support networks and social engagement. *J Behav Addict*. 2018;7:473-81.
8. Rod NH, Dissing AS, Clark A, Gerds TA, Lund R. Overnight smartphone use: a new public health challenge? A novel study design based on high-resolution smartphone data. *PloS One*. 2018;13:e0204811.
9. Chen PL, Pai CW. Pedestrian smartphone overuse and inattentive blindness: an observational study in Taipei, Taiwan. *BMC Public Health*. 2018;18:1342.
10. Fowler J, Noyes J. A study of the health implications of mobile phone use in 8-14s. *Dyna (Medellin, Colombia)*. 2017;84:228-33.
11. Namwongsa S, Puntumetakul R, Neubert MS, Boucaut R. Factors associated with neck disorders among university student smartphone users. *Work*. 2018;61:367-78.
12. Queiroz LB, Lourenço B, Silva LE, Lourenço DM, Silva CA. Dor musculoesquelética e síndromes musculoesqueléticas em adolescentes relacionadas a dispositivos eletrônicos. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94:673-9.
13. Firat S, Gül H, Sertçelik M, Gül A, Gürel Y, Kılıç BG. The relationship between problematic smartphone use and psychiatric symptoms

- among adolescents who applied to psychiatry clinics. *Psychiatry Res.* 2018;270:97-103.
14. Knuth BS, da Silva RA, Oses JP, Radtke VA, Cocco RA, Jansen K. Mental disorders among health workers in Brazil. *Cien Saude Colet.* 2015;20:2481-8.
  15. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2016;316:2214-36.
  16. Tabalipa FD, de Souza MF, Pfützenreuter G, Lima VC, Traebert E, Traebert J. Prevalence of anxiety and depression among medical students. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2015;39:388-94.
  17. Faro A. Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psic Teor Pesq.* 2015;31:349-53.
  18. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Pedro VD, Menna Barreto SS, Johns MW. Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil. *J Bras Pneumol.* 2009;35:877-83.
  19. Khoury JM. Tradução, adaptação cultural e validação de uma versão brasileira do questionário Smartphone Addiction Inventory (SPAI) para o rastreamento de dependência de smartphone. (thesis). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
  20. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo).* 2006;33:188-94.
  21. de Paula JJ, Costa DS, Miranda DM, Romano-Silva MA. Brazilian version of the Cognitive Failures Questionnaire (CFQ): cross-cultural adaptation and evidence of validity and reliability. *Debates.* 2018;40:312-5.
  22. Sohn SY, Rees P, Wildridge B, Kalk NJ, Carter B. Prevalence of problematic smartphone usage and associated mental health outcomes amongst children and young people: a systematic review, meta-analysis and GRADE of the evidence. *BMC Psychiatry.* 2019;19:356.
  23. Khoury JM, das Neves MD, Roque MA, de Freitas AA, da Costa MR, Garcia FD. Smartphone and Facebook addictions share common risk and prognostic factors in a sample of undergraduate students. *Trends Psychiatry Psychother.* 2019;41:358-68.
  24. Jacob T, Itzchak EB, Raz O. Stress among healthcare students—a cross disciplinary perspective. *Physiother Theory Pract.* 2013;29:401-12.
  25. Elhai JD, Tiarniyu M, Weeks J. Depression and social anxiety in relation to problematic smartphone use. *Internet Res.* 2018;28:315-32.
  26. Extremera N, Quintana-Orts C, Sánchez-Álvarez N, Rey L. The role of cognitive emotion regulation strategies on problematic smartphone use: comparison between problematic and non-problematic adolescent users. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16:3142.
  27. Pinto NA, Cavestro JM, Ferreira W. Prevalência de transtorno de ansiedade generalizada em estudantes de medicina. *Rev Interdiscip Ciencias Med.* 2018;2:36-43.
  28. Carvalho LF, Sette CP, Ferrari BL. Problematic smartphone use relationship with pathological personality traits: systematic review and meta-analysis. *Cyberpsychology (Brno).* 2018;12:Article 5.
  29. Montagni I, Guichard E, Kurth T. Association of screen time with self-perceived attention problems and hyperactivity levels in French students: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2016;6:e009089.
  30. Dey M, Studer J, Schaub MP, Gmel G, Ebert DD, Lee JY, et al. Problematic smartphone use in young Swiss men: Its association with problematic substance use and risk factors derived from the pathway model. *J Behav Addict.* 2019;8:326-34.
  31. Kumar VA, Chandrasekaran V, Brahadeeswari H. Prevalence of smartphone addiction and its effects on sleep quality: a cross-sectional study among medical students. *Ind Psychiatry J.* 2019;28:82-5.
  32. Oh JH, Yoo H, Park HK, Do YR. Analysis of circadian properties and healthy levels of blue light from smartphones at night. *Sci Rep.* 2015;5:11325.
  33. Hadlington LJ. Cognitive failures in daily life: exploring the link with Internet addiction and problematic mobile phone use. *Comput Human Behav.* 2015;51:75-81.

ANÚNCIO

## SERÁ A PSICANÁLISE UMA PSEUDOCIÊNCIA? REAVALIANDO A DOCTRINA UTILIZANDO UMA LISTA DE MULTICRITÉRIOS

### IS PSYCHOANALYSIS A PSEUDOSCIENCE? REEVALUATING THE DOCTRINE USING A MULTICRITERIA LIST

#### Resumo

A psicanálise já foi classificada como pseudociência no passado. Karl Popper foi um daqueles que traçou objeções à doutrina, usando do critério da falseabilidade. Entretanto, a falseabilidade não pode mais ser considerada suficiente para resolver o problema, já que implica em dificuldades consideráveis, e melhores alternativas para abordar a questão estão disponíveis. Este artigo tem por objetivo avaliar o *status* científico da psicanálise em relação ao problema da demarcação. Para fazer isso, o critério de Sven Ove Hansson foi utilizado: este consiste em um conjunto de condições suficientes e necessárias, que é complementado com uma lista de multicritérios que auxiliam a identificar pseudociências. Foi analisado o quanto a psicanálise se encaixava em cada um dos sete itens da lista de Hansson, além de ser proposta a adição de um oitavo item. Os resultados mostraram que a psicanálise era compatível com todos os oito itens da lista de demarcação de pseudociências. Ao final, a conclusão foi de que mesmo que a falseabilidade deva ser descartada, as evidências sugerem que ainda temos motivos suficientes para afirmar que a psicanálise é uma pseudociência, já que ela se distancia significativamente dos padrões de qualidade científicos.

**Palavras-chave:** Psicanálise, psicologia, ciência.

#### Abstract

In the past, psychoanalysis was classified as a pseudoscience. Karl Popper was one of those who objected to the idea that psychoanalysis is a science, using falsifiability. However, falsifiability cannot be considered sufficient anymore, since it carries major weaknesses

and better alternatives to address the issue are available. This article intends to evaluate the scientific status of psychoanalysis concerning the demarcation problem. In order to do so, Sven Ove Hansson's criteria were used. His proposal consists of a set of sufficient and necessary conditions which is complemented by a multicriteria list that helps identifying pseudosciences. It was analyzed how much psychoanalysis fits each of Hansson's seven items, besides proposing the addition of an eighth. The results showed that psychoanalysis was compatible with all eight demarcation of pseudoscience's items. In the end, the conclusion was that even if falsifiability were to be dismissed, the evidence suggests that there are still enough reasons to affirm that psychoanalysis is a pseudoscience, since it significantly deviates from scientific quality standards.

**Keywords:** Psychoanalysis, psychology, science.

#### INTRODUÇÃO

Laplanche & Pontalis<sup>1</sup> discorrem sobre a definição de psicanálise da seguinte maneira: fundada por Sigmund Freud, a psicanálise é um tratamento psicoterápico e um método de investigação (sobre o qual a psicoterapia se alicerça) que tem como objeto os significados inconscientes das produções humanas (palavras, ações, pensamentos, sonhos e outros). Além disso, a psicanálise também é um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas, e as experiências provenientes da psicoterapia e do método investigativo forneceram sua base de sustentação.

Um dos autores mais famosos que chegou a objetar a disciplina, mais especificamente por questionar o

seu caráter científico, foi o filósofo da ciência Karl Popper. Sobre a psicanálise, Popper<sup>2</sup> argumenta que, independentemente de qualquer ocorrência que dissesse a respeito do comportamento humano, os adeptos da psicanálise freudiana poderiam interpretá-la à luz de sua própria teoria. Apesar de que, intuitivamente, uma teoria compatível com todo tipo de previsão e cenário possa soar atraente, para o autor, isso não seria uma qualidade, mas sim uma debilidade teórica. Em sua visão, uma teoria que sempre se aplica ao mundo independentemente de como ele seja não diz algo de relevante sobre a realidade, pois assim, mesmo que tudo fosse completamente diferente de como é agora, ela continuaria soando como verdadeira.

Para julgar uma teoria que se comporta dessa maneira, Popper<sup>2</sup> utiliza a falseabilidade, que age como um critério de demarcação entre o que seria científico e o que não seria. A falseabilidade determina que, para que uma teoria seja científica, é necessário que exista a possibilidade de que ela esteja errada e que possa ser eventualmente refutada diante de novos dados. Não basta que uma teoria seja capaz de explicar o mundo; é necessário ser concebível conferir se essas explicações são boas, e isso só seria alcançável se houvesse a possibilidade de que em algum cenário ela estivesse incorreta. Para o autor, a psicanálise, tal como foi formulada, seria aplicável em todas as circunstâncias e não haveria possibilidade de conferir se suas afirmações são de fato adequadas<sup>2</sup> (p. 64-5). Assim, o critério da falseabilidade é proposto para demarcar a ciência, com a psicanálise não se enquadrando na categoria.

Os comentários de Popper não passaram despercebidos, e ele também foi criticado pela maneira como caracterizou a psicanálise. Sobre esse debate, Grünbaum<sup>3</sup> utilizou o exemplo da paranoia para defender que a teoria seria falseável. Grünbaum argumenta que, para a teoria freudiana, todo indivíduo paranoico teria recalcado desejos de se relacionar sexualmente com indivíduos de seu próprio sexo; portanto, se hipoteticamente fosse encontrado um paranoico que não recalcava tais desejos, a teoria seria falseada, ou seja, haveria uma situação que ela não teria como explicar. Sobre isso, Cioffi<sup>4</sup> contra-argumenta que, mesmo se fosse o caso, esse tópico é periférico para a teoria psicanalítica, e utilizando-o como o contraexemplo final, outros candidatos mais

importantes para enfrentar o critério popperiano seriam desconsiderados, apontando então como exemplo a etiologia sexual das neuroses. O caso da paranoia é insuficiente para derrubar a crítica de Popper, por não ser parte dos pressupostos principais da doutrina.

Para além do criticismo sobre a psicanálise, a visão mais geral de ciência popperiana que embasa a falseabilidade também sofreu objeções. Não há a pretensão aqui de se fazer uma exaustão desses contrapontos, mas podemos considerar alguns exemplos dados por Newton-Smith<sup>5</sup> (p. 44-76): Popper rejeitaria que na ciência devamos utilizar raciocínios indutivos (previsões ou generalizações não dedutivas em que sua validade ou invalidade não dependem de sua forma lógica), tendo defendido que ela deveria operar apenas com raciocínios dedutivos (aqueles em que sua validade ou invalidade dependem exclusivamente de sua forma lógica), e deste modo, seria impossível confirmar qualquer teoria. É apenas possível saber que, caso ela seja falseada, é falsa. Porém, mesmo se uma teoria for falseada, se não existe outra melhor para explicar determinados fenômenos que possa substituí-la, e considerando também que essa primeira possui asserções minimamente razoáveis, talvez não seja prudente descartá-la apenas porque foi falseada. Além disso, sua concepção de ciência acaba inadvertidamente se justificando através de argumentos que na realidade dependem da indução, o que demonstra uma falha em sua proposta. Estas, mas também outras dificuldades inerentes à adoção da falseabilidade como critério de demarcação, acabam por torná-la insuficiente, o que leva à necessidade de uma proposta diferente.

## MÉTODO

Sven Ove Hansson é um filósofo que teve um importante impacto no debate sobre o problema da demarcação, criando uma proposta alternativa: além de um critério com duas condições conjuntamente suficientes e necessárias para uma doutrina ser pseudocientífica<sup>6</sup>, também uma lista baseada em multicritérios, que auxilia a identificar pseudociências, contendo sete itens<sup>7</sup>. Esta tem a vantagem de não precisar enfrentar os mesmos problemas que os critérios anteriores, similares aos de Popper, enfrentaram. Antes de discuti-la, é proveitoso compreender primeiramente sua maneira de definir ciência:

Ciência (no sentido ampliado) é a prática que nos provê com as afirmações mais confiáveis (i.e., epistemicamente justificadas) que podem ser feitas, em um determinado momento, sobre um objeto de estudos abarcado por uma comunidade de disciplinas de conhecimento (i.e., sobre a natureza, nós mesmos como seres humanos, nossas sociedades, nossas construções físicas e nossas construções mentais). (Hansson<sup>7</sup>, p. 70)

É recorrente a consideração de que a ciência diz respeito apenas às ciências da natureza, excluindo assim a linguística, matemática, filosofia, história e humanidades da categoria. Entretanto, como aponta Hansson<sup>7</sup>, essa não é uma perspectiva adequada, pois tanto as ciências no significado tradicional do termo quanto também as humanidades buscam criar os conhecimentos mais confiáveis sobre os seus respectivos objetos de estudo. Nesse sentido, é possível entender que elas seriam as teorias que apresentam as provas mais robustas sobre o que se propõem a investigar. Juntas, as ciências formam uma comunidade, e as disciplinas que a integram dependem umas das outras e cooperam entre si para atingirem esse objetivo.

É comum que se argumente que a psicanálise certamente é uma ciência, já que está presente no meio acadêmico, na pesquisa e nos departamentos de diversos cursos de ensino superior; ela estaria, portanto, fazendo parte da comunidade científica. Entretanto, “não é o *status* acadêmico, mas a metodologia e o tipo de conhecimento que devem determinar se a disciplina é científica (no sentido ampliado)”<sup>7</sup> (p. 64). Mesmo que ela seja reconhecida na academia, isso não a torna automaticamente uma ciência. Ainda que os homeopatas ou os criacionistas, por exemplo, começassem a criar cursos acadêmicos, publicassem artigos sobre suas teorias e realizassem congressos formais para reunir sua comunidade, não seria isso que tornaria a homeopatia ou o criacionismo ciências; o mesmo vale para outras doutrinas.

Hansson<sup>7</sup> também aponta que mesmo dentro dos estudos das ciências humanas é necessário lidar com teorias extremamente dubitáveis, como os negacionistas do holocausto e teóricos dos antigos astronautas, por exemplo. Para evitar uma divisão entre pseudo-humanidades e pseudociências, bem

como para captar de maneira acurada a empreitada que busca desenvolver os conhecimentos mais confiáveis que são possíveis de serem adquiridos em nossa época, a definição de ciência em seu sentido amplo é propícia.

Quando uma afirmação está apoiada em uma quantidade suficiente de provas, ela está epistemicamente justificada. Provas suficientes são aquelas que tornam uma crença segura, pois fornecem boas razões para se pensar que a hipótese proposta é provavelmente verdadeira. A ciência ser a prática que provê as afirmações mais confiáveis significa que ela é a que apresenta as melhores e mais robustas provas sobre seus objetos de estudos. Controles e ajustes são constantemente feitos para se aproximar cada vez mais de uma descrição adequada da realidade.

Por exemplo, quando alguém deseja realizar uma investigação empírica sobre se um novo tratamento funciona ou não, um estudo randomizado, com controle de placebo e duplo-cego é mais confiável do que um relato de caso anedótico, por ter maiores chances de mostrar resultados que de fato refletem a realidade do que a anedota. Com o primeiro, há uma sistematização de suas investigações e controle de vieses, o que é ausente no segundo. Nesse caso, para hipóteses que necessitam de análises empíricas do tipo, é mais adequado que se utilize do primeiro tipo de estudo, justamente por ser aquele que fornece as melhores provas, e sua utilização adequada torna aquela investigação científica. Por outro lado, utilizar métodos com baixos padrões de qualidade de investigação, como os casos anedóticos, não seria científico.

Assim sendo, para Hansson<sup>7</sup>, pseudociências também podem ser versões fracassadas da ciência dentro das humanidades, e não apenas dentro das ciências em sua definição tradicional. Ele define uma *pseudociência* da seguinte maneira:

Uma doutrina é pseudocientífica se e somente se satisfaz as seguintes duas condições:

- A. Ela inclui ao menos uma afirmação que (A1) pertence a um assunto dentro dos domínios da ciência no sentido ampliado (o critério do domínio científico) e (A2) sofre de uma falta de confiabilidade tão severa ao ponto de não merecer ser confiada (o critério da não confiabilidade);

B. Seus principais proponentes tentam criar a impressão de que ela representa o conhecimento mais confiável em sua respectiva área (o critério da pretensão). (Hansson<sup>6</sup>, p. 49-50)

Hansson tenta diferenciar disciplinas de doutrinas. Nem toda doutrina é pseudocientífica, mas toda pseudociência seria uma doutrina. Ele define uma doutrina a partir do dicionário de inglês de Oxford, sendo “um conjunto de afirmações que é ‘ensinado ou colocado como sendo verdadeiro em relação a um assunto em particular ou um departamento de conhecimento’”<sup>6</sup> (p. 49). Em uma doutrina, metodologias e afirmações são pré-assumidas, e sem elas, não há mais doutrina. Em alguns casos, essas afirmações podem estar bem embasadas em evidências, como é o caso da teoria da evolução das espécies, e em outros não, como é para a psicanálise, o que será evidenciado nas próximas seções.

Similarmente ao que argumenta Hansson<sup>6</sup>, caso as ideias mais centrais da doutrina psicanalítica fossem dela removidas, como, por exemplo, a existência de um inconsciente psicodinâmico, não existiria mais psicanálise. O mesmo acontece para a teoria da evolução das espécies: se dela fossem removidas as ideias de que os seres vivos passam por seleção natural, de que indivíduos mais adaptados têm maiores chances de sobreviver, ou outras afirmações, então nada sobraria. Isso é diferente de uma disciplina: em disciplinas, não existem metodologias ou afirmações pré-assumidas. Disciplinas se referem a um campo de estudos. Dois exemplos poderiam ser a psicologia (no caso em que não se assume uma abordagem psicológica de antemão) e a biologia, sendo vistas como “o estudo do comportamento” e “o estudo da vida”, respectivamente.

Também é importante notar que não é preciso que os psicanalistas clamem que a psicanálise seja uma ciência; certamente, parte da comunidade concorda e outra discorda dessa afirmação, mas o que é explicitamente dito sobre a cientificidade não tem relevância. Se uma disciplina se comporta como se fosse uma ciência – ou seja, se a postura de seus proponentes implica que as afirmações da doutrina sobre o mundo são as mais confiáveis sobre seu objeto de estudos –, independente de dizer explicitamente ser uma ciência ou não, ela já está qualificada para ser julgada pelos critérios de demarcação.

Mesmo após esses esclarecimentos, definir o significado de ciência e de pseudociência não elucida o que devemos investigar em uma doutrina específica para conferirmos se ela é pseudocientífica. Hansson<sup>7</sup> aborda que demarcações propostas anteriormente não conseguiram de fato resolver a questão, sofrendo de severos criticismos. Ele propõe então uma alternativa: uma lista de multicritérios. Ela é construída em formato de uma lista de ações cometidas por um corpo de teorias pseudocientíficas, mas que, diferentemente de demarcações que utilizam critérios suficientes e necessários, não é exaustiva. Isso significa que uma teoria ou uma afirmação podem ser pseudocientíficas mesmo que não cumpram todos os critérios; e ainda que cumpram algum, existe a possibilidade de que não o sejam. Ela funcionaria como uma ferramenta para possibilitar avaliações mais práticas de doutrinas, para além de sua definição em critérios suficientes e necessários. É importante notar que, na maioria dos casos, se pelo menos um dos itens da lista estiver de acordo com a teoria avaliada, provavelmente ela é pseudocientífica. A proposta é a seguinte:

1. Credo na autoridade: é afirmado que alguma pessoa ou pessoas têm uma habilidade especial de determinar o que é verdadeiro ou falso. Os outros precisam aceitar seus julgamentos.
2. Experimentos não repetíveis: a confiança é depositada em experimentos que não podem ser repetidos por outros com o mesmo resultado.
3. Exemplos escolhidos a dedo: exemplos escolhidos a dedo são usados apesar de não serem representativos da categoria geral à qual a investigação se refere.
4. Resistência à testagem: uma teoria não é testada apesar de ser possível fazê-lo.
5. Desdém com informações refutantes: observações ou experimentos que conflitam com a teoria são rejeitados.
6. Construída em subterfúgio: a testagem de uma teoria é arranjada de tal maneira que ela pode apenas ser confirmada, e nunca desconfirmada, pelos seus resultados.
7. Explicações são abandonadas sem substituição: explicações sustentáveis são abandonadas sem serem substituídas, de forma que a nova teoria deixa muito mais coisas inexplicadas do que a anterior. (Hansson<sup>7</sup>, p. 72-3; Hansson<sup>8</sup>)

Ao final do sétimo item, por ser insuficiente em captar outros problemas relativos à maneira como se comportam certas explicações teóricas, haverá neste trabalho a proposta de acréscimo de um oitavo: o obscurantismo. A partir dessa nova proposta de demarcação de pseudociências, amparada pela lista de multicritérios, será possível avaliar se a psicanálise é de fato pseudocientífica ou não, dependendo de como se relaciona com cada um dos itens descritos.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### *Credo na autoridade*

A psicanálise é uma ciência “testemunhal”<sup>4</sup>; a base para seus conceitos teóricos está na interpretação dos casos clínicos de seus fundadores. Mesmo assim, o uso do argumento de autoridade não colhe se não houver boas provas sobre o que dizem os autores. Freud não se fez valer de experimentos científicos sistematicamente controlados, nem mesmo do uso de estatística para chegar a suas conclusões<sup>9</sup>, sendo necessário que o leitor que consulta as fundações da teoria confie que ele possuía capacidades que eram ao mesmo tempo diferenciadas e especiais para descobrir a verdade sobre o funcionamento psicológico humano. Entretanto, não há motivos para pensar que alguém que se utiliza apenas de sua experiência pessoal e decide não recorrer às ferramentas científicas teria condições de formular a teoria psicológica mais epistemicamente justificada.

Os outros autores da psicanálise também seguiram os passos de Freud. Para que se acredite nas colocações de Lacan, por exemplo, é necessário primeiro acatá-las como verdadeiras e atribuir a ele um papel de autoridade, já que o leitor não tem como comprová-las independentemente, nem tem recursos para compreender explicitamente seus significados<sup>10</sup>. Porém, para além disso, no caso do fundador, é possível que não existam motivos nem mesmo para acreditar na veracidade de suas narrativas. Na psicanálise, a honestidade de seus proponentes é um ponto importante de ser abordado, exatamente porque a teoria se baseia primariamente na autoridade deles<sup>4</sup>. Se não há honestidade, não deveria haver motivos nem para aqueles que desconhecem os problemas relativos às evidências anedóticas continuarem a adotar seus pressupostos.

Dersken<sup>11</sup> nos aponta que Freud frequentemente usava de diversas estratégias retóricas para se esquivar das críticas e manter as boas aparências da psicanálise diante do público, tendo sucesso com isso. O psicanalista já afirmou por diversas vezes que sua teoria não era especulativa, em uma tentativa de convencer o leitor de que havia uma suposta sólida base empírica por trás de suas conclusões, mesmo não havendo. Para lidar com os contra-argumentos mais severos, ele tentava inverter os papéis: ele próprio apresentava as objeções do modo mais ameaçador possível para sua própria doutrina, dando a sensação para o leitor de que estava ciente do problema e portanto saberia respondê-lo. Afinal, qual outro motivo haveria para levantar tais críticas se não soubesse se defender delas? Mesmo assim, ao final do discurso, a suposta réplica era apenas evasiva, o assunto original era alterado, havia uma inversão do ônus da prova ou então absolutamente nenhuma resposta era dada, mantendo a crítica original em aberto.

Crews<sup>9</sup> nos mostra que Freud em muitas ocasiões ajustava suas narrativas para que se encaixassem no resultado que ele previamente já pretendia alcançar, independentemente de suas colocações serem fiéis à realidade. Diversos de seus casos clínicos ocorreram de modo distinto do que foi anunciado por ele, passaram por um processo interpretativo enviesado, ou não obtiveram resultados promissores: Anna O., na realidade, não era uma pessoa com histeria, mas sim sofria de uma dependência química de substâncias como morfina e hidrato de cloral, e todos os seus sintomas eram listados como possíveis efeitos do uso destas<sup>9</sup> (p. 354-60). Dora, jovem que foi vítima de assédio sexual, foi anunciada como protagonista de um caso de histeria por não desejar envolver-se com seu abusador e sentir repulsa em suas investidas<sup>9</sup> (p. 590-600). Sobre o Pequeno Hans, de 5 anos, Freud não hesitou em dar-lhe um diagnóstico antes mesmo de conhecê-lo pessoalmente: seu medo de cavalos era na verdade um medo de ser castrado por seu pai, já que desejava sexualmente sua mãe<sup>9</sup> (p. 645). O Homem dos Lobos foi anunciado por ele como curado, entretanto, por décadas continuou passando por vários psicanalistas diferentes, não obtendo resultado algum<sup>9</sup> (p. 651)<sup>12</sup>.

Esses são apenas alguns exemplos de certos casos clínicos populares, mas outros também sofrem do



mesmo problema<sup>9</sup>. O sucesso dessas adulterações e de outras estratégias retóricas contribuíram para a construção e reconhecimento de seu papel de autoridade, bem como o obscurecimento da fragilidade de sua proposta.

#### *Experimentos não repetíveis*

Como foi comentado anteriormente, a sustentação para os conceitos teóricos na psicanálise vem dos relatos dos casos clínicos de Freud e também dos outros principais proponentes do movimento, que seguiram a tradição de produção de evidências anedóticas. Até hoje, eles mantêm sua autoridade diante dos psicanalistas contemporâneos:

André Green, perguntado sobre o que havia de novo em psicanálise, respondeu: Freud. A esta resposta jocosa e, não obstante, muito verdadeira, poderíamos acrescentar a lista dos grandes pensadores e praticantes da psicanálise que marcaram as diversas tradições em que o movimento psicanalítico se repartiu desde a década de 40. Décadas depois de mortos, continuam a ser o que de novo existe, desde que os saibamos ler. (Figueiredo<sup>13</sup>, p. 10)

Apesar de evidências anedóticas ainda serem utilizadas, em grande maioria, como o principal meio de divulgação e produção psicanalítica<sup>14</sup>, obstáculos significativos se impõem com o seu uso. Um caso clínico psicanalítico é um tipo de processo que não pode ser repetido, exatamente por se tratar de apenas um sujeito de modo individualizado. Entretanto, como argumenta Schmidt<sup>15</sup>, a replicação é um dos processos mais centrais dentro das ciências empíricas, e infelizmente nem a própria psicologia dá a devida importância à questão. Ela possui cinco funções principais: controlar os erros amostrais, verificando se os resultados obtidos anteriormente foram por mera chance ou não; controlar a validade interna, ou seja, se os procedimentos adotados foram adequados para responder à pergunta da pesquisa; controlar a possibilidade de fraude científica; permitir uma generalização dos achados para uma população maior ou diferente; e, por último, verificar se a hipótese do primeiro experimento de fato estava correta. No caso de uma experiência não repetível, há uma impossibilidade de realizar tais análises.

Para além da inviabilidade de replicação, também existem mais problemas, agora ligados ao próprio funcionamento psicológico humano: pessoas costumam ser vítimas de vieses cognitivos que distorcem seus julgamentos e as levam a interpretações irracionais com mais frequência do que costumam perceber<sup>16</sup>, e os terapeutas não estão isentos disso. Um exemplo é o viés de confirmação: as crenças iniciais de alguém impactam de maneira significativa a forma como se lembra dos acontecimentos e também como os interpreta, valorizando aquilo que aparentemente corrobora com sua visão de mundo e não dando atenção às possíveis informações que o contradizem. No caso de um psicanalista, isso pode levá-lo a entender exatamente aquilo que já esperava ouvir e que supostamente confirmaria a hipótese analítica, independente de aquilo de fato ser o caso<sup>14</sup> (p. 139-40). Mesmo que casos clínicos não sejam boas evidências, eles soariam como uma fonte de confirmação teórica para os adeptos. É esperado que reflitam suas preconcepções.

Como mostra Spence<sup>17</sup>, mesmo se alguém analisar a veracidade dos próprios acontecimentos clínicos, ainda precisaria lidar com a questão de que estes costumam ser substituídos por uma narrativa ficcional. Os seus conteúdos podem ser apenas parcialmente reportados, omitidos, distorcidos e misturados com os conteúdos de casos diferentes, mesmo que de modo não intencional, exatamente por estarem baseados na memória do terapeuta. Como não são suficientemente controlados, quando casos clínicos psicanalíticos têm por objetivo dar suporte a uma teoria psicológica humana e são usados como método de investigação, acabam servindo apenas como combustível para um sistema de retroalimentação de confirmações. Não há como generalizar uma teoria a partir de evidências clínicas anedóticas e nem garantir confiabilidade, porque um processo não sistematizado não busca controlar variáveis que têm capacidade de interferir nas conclusões obtidas, enquanto também temos razões para esperar que as distorções aconteçam.

#### *Exemplos escolhidos a dedo*

O próprio uso majoritário de evidências anedóticas, como já foi discutido em seções anteriores, seria um bom exemplo também para o preenchimento desse terceiro critério, exatamente por se referirem a casos

isolados e expostos a vieses. Porém, para além deles, outra empreitada da psicanálise contemporânea que se enquadra na situação é a neuropsicanálise. A neuropsicanálise é uma disciplina que busca uma comunhão entre neurociências e psicanálise, e apesar de ser rejeitada por uma parcela da comunidade psicanalítica que prefere distância da primeira, alguns a consideram uma das versões contemporâneas da teoria.

Callegaro<sup>18</sup> (p. 207-20) aponta que, ao contrário do que o movimento neuropsicanalítico busca anunciar, na literatura há algo contrário à união: as evidências que existem no campo das neurociências costumam refutar ou entrar em choque direto com a psicanálise. Não é como se fosse plausível usar a psicanálise como um modelo de referência; é no modelo do novo inconsciente cognitivo que os neurocientistas estão se apoiando, e não no modelo psicodinâmico.

Paris<sup>14</sup> (p. 94-9) argumenta que a neuropsicanálise não está operando de modo a buscar avaliar as teorias freudianas e neurocientíficas recentes imparcialmente, mas sim parte do princípio de buscar validar de antemão o modelo de Freud, que mostrou não ter hipóteses consistentes com a neurociência moderna. O autor lista então alguns motivos que mostram o porquê de a neuropsicanálise estar distante da ciência: nessa disciplina, já se começa assumindo que Freud estava correto, e a pesquisa serviria apenas para apontar o que já era óbvio na concepção psicanalítica; a maioria dos artigos de neuropsicanálise não apresentam dados concretos, mas especulações teóricas; os métodos usados para medir os conceitos básicos da psicanálise ainda são demasiadamente rudimentares; e, por fim, existem diversas dificuldades e problemas, até mesmo dentro da própria neurociência, para localizar adequadamente as funções mentais em regiões cerebrais específicas.

Ao final, podemos constatar que o trabalho da neuropsicanálise consiste em um *cherry picking* de dados, em que se “tenta sistematicamente associar quase todo conceito ou descoberta neurocientífica com uma citação de Freud”<sup>19</sup> (p. 170), passando a impressão de que, quando se pareiam fenômenos neurológicos, como a anosognosia, problemas de memória, danos cerebrais e outros, com conceitos do modelo freudiano, isso significaria que seriam uma explicação teórica adequada desde o início por seu fundador, mas esse não é o caso.

## *Resistência à testagem*

A maioria dos psicanalistas assume um pressuposto de que a subjetividade humana está acima de todas as possibilidades de análise científica<sup>20,21</sup>. Assim, desde a sua fundação e até os dias de hoje com a sua versão contemporânea, a psicanálise carrega uma tradição de ser resistente à testagem de suas hipóteses, sejam sobre eficácia clínica ou construtos teóricos. Melanie Klein, por exemplo, pode ser “desconsiderada do ponto de vista da ciência empírica (...) mesmo que muitas das ideias de Klein fossem baseadas no que ela chamou de ‘observação infantil’, estas consistiam apenas em especulações sobre o que as crianças poderiam estar pensando”<sup>14</sup> (p. 55). Também, “nunca foram feitas pesquisas empíricas sobre nenhum dos construtos propostos por Lacan”<sup>14</sup> (p. 122), e “nunca os modelos neofreudianos, nem da psicologia do ego, nem da psicanálise relacional, nem da psicologia do *self* chegaram a conduzir investigações empíricas, ou investigações dos processos resultantes das abordagens terapêuticas derivadas destas ideias”<sup>14</sup> (p. 55-6).

Apesar da divisão de opiniões dentro da comunidade psicanalítica sobre o caráter científico da doutrina, é possível constatar que a maioria dos adeptos tem grande resistência à adoção de ferramentas sistematizadas para obtenção de dados, sob a justificativa de que seu objeto de estudo, o ser humano, seria demasiadamente singular para ser compreendido por uma suposta ciência positivista, em que só experimentos empíricos seriam permitidos<sup>22</sup>. É explicitamente dito por psicanalistas, por exemplo, que eles acreditam “que hoje é fundamental demonstrar que a psicanálise não necessite de novos fundamentos científicos que seriam fornecidos de forma ‘sistemática’ e ‘segura’”<sup>23</sup> (p. 15), que a cura psicanalítica não poderia ser apreendida em termos de critérios de eficácia, como seria feito em psiquiatria<sup>24</sup>, e que o estabelecimento de critérios de avaliação da eficácia psicoterápica seriam considerados uma ameaça à subjetividade<sup>20</sup>. Inclusive, há uma oposição clara àqueles que buscam esses objetivos.

O que podemos constatar na contemporaneidade, é que muitos profissionais do campo psi quando se deparam com o sintoma apresentado pelo sujeito, buscam aniquilá-lo, não se atendo à dimensão ética pela qual o sintoma se manifesta. Isso significa que as vastas propostas psicoterápicas contemporâneas que

anunciam ao mundo um modo de tratamento cada vez mais respaldado pela ciência, além da atual proposta no campo da saúde mental que joga insistentemente com a possibilidade de definir uma norma comum, não se comprometem com a experiência que a psicanálise revela (...). Veremos que a psicanálise se coloca como um obstáculo à esta atitude psicológica e médica. (Neves et al.<sup>25</sup>, p. 242)

Como visto previamente com a definição no sentido ampliado de ciência, a filosofia, a história, a linguística e outras humanidades seriam ciências, mesmo sem utilizarem-se experimentação tradicional, pois os métodos mais adequados para se alcançar a verdade em tais contextos particulares estariam sendo empregados. Entretanto, a psicologia e a psiquiatria não estão na mesma situação: não há como adquirir conhecimento confiável sobre o funcionamento e comportamento humano se não recorrermos às metodologias empíricas e sistemáticas. Seres humanos não têm a capacidade de, apenas com a especulação, formar crenças suficientemente confiáveis sobre tais questões. Então, enquanto a psicanálise rejeita esses métodos, ela não está buscando ser a disciplina psicológica que faz as afirmações mais confiáveis de nossa época.

Ao invés disso, alguns de seus adeptos a aproximam cada vez mais de posições relativistas. Isso alimenta a noção de que a ciência consiste apenas em mais um discurso e que ela não poderia clamar ter descrições mais próximas da verdade do que qualquer outro:

O fato de que a ciência é um discurso se mantém. Tão banal quanto essa afirmação possa parecer, ela implica o destronamento da Ciência e seu reajuste de ciência como um dos discursos dentre muitos outros. Freud pode ser interpretado como tendo traduzido 'racionalidade' para 'racionalização', e o discurso da teoria de Lacan sugere que existem tantas reivindicações de racionalidade quanto existem diferentes discursos. (Fink<sup>26</sup>, p. 138)

A ciência é acusada de ser o verdadeiro dogma, e a psicanálise vem para rompê-lo<sup>27</sup>. Sendo assim, ela não precisaria curvar-se aos seus métodos, incluindo a testagem sistemática<sup>22</sup>. Inclusive, aspectos da doutrina psicanalítica têm a finalidade declarada de servir "de obstáculo epistemológico à tentativa de tratar

cientificamente do psiquismo" (p. 237), bem como aos tratamentos baseados em evidências para transtornos mentais<sup>25</sup>. A doutrina não admitiria, portanto, ser julgada como qualquer outro campo científico deveria ser, exigindo uma proteção especial ao mesmo tempo em que busca ter o *status* que qualquer outro teria, mas isso é descabido. Se o mesmo nível de reconhecimento e valorização é exigido, então ela também deve ser avaliada com exigências similares de rigorosidade e apresentação de provas.

Apesar da grande maioria da comunidade ter essa aversão à testagem das hipóteses, existem algumas exceções à regra. A teoria do apego provavelmente é a revisão da teoria psicanalítica contemporânea mais promissora, por ser a única no âmbito teórico que é mais aberta à testagem de hipóteses e pesquisa empírica<sup>14</sup> (p. 62), e por esse mesmo motivo, é rejeitada por outros psicanalistas como algo que não faz legitimamente parte da disciplina<sup>14</sup> (p. 56-7). Infelizmente, a teoria do apego também não leva em conta aspectos genéticos e temperamentais<sup>14</sup> (p. 58), e suas previsões entre padrões de apego infantis e a vida adulta são muito fracas<sup>28</sup>, enquanto a psicanálise coloca exatamente na vida infantil as principais causas das psicopatologias da maturidade.

Sobre a eficácia psicoterápica, mesmo com grande resistência, alguns estudos foram feitos. Atualmente, psicoterapias de longa duração não têm evidências convincentes de eficácia, exatamente pela escassez de estudos empíricos e pela qualidade pobre daqueles já conduzidos, e nessa categoria incluímos a terapia psicanalítica clássica<sup>14</sup>. Um exemplo se dá com a metanálise de Leichsenring & Rabung<sup>29</sup>. Apesar de esta ter sido uma das empreitadas mais citadas para avaliar os efeitos desse tipo de psicoterapia, foi severamente criticada por falhar em todos os critérios de qualidade metodológica exigidos em uma metanálise<sup>30</sup>. Uma das estratégias adotadas por certos psicanalistas para lidar com essa falta de boas evidências costuma ser voltar-se para as suas experiências pessoais, e podemos observar isso em um relatório publicado pela Associação Psicanalítica Internacional:

É fácil criticar os estudos psicanalíticos. Não há estudos definitivos que mostrem que a psicanálise seja inequivocamente eficaz em relação a um placebo

ativo ou a um método alternativo de tratamento. Não existem métodos disponíveis que possam indicar definitivamente a existência de um processo psicanalítico. A maioria dos estudos tem grandes limitações que podem levar os críticos da disciplina a descreditar seus resultados. Outros têm limitações tão graves que mesmo um revisor simpático a ela pode estar inclinado a descreditar as descobertas. (...) Como psicanalistas, todos sabemos que a psicanálise funciona. Nossa própria experiência de análise é provavelmente suficiente na maioria dos casos para nos convencer de sua efetividade. (Fonagy<sup>31</sup>, p. 283)

Para além da psicoterapia psicanalítica clássica, existe uma quantidade maior de estudos sobre a psicoterapia psicodinâmica de curta duração, e estes costumam dar resultados favoráveis a ela<sup>14</sup>. Entretanto, as psicoterapias em geral enfrentam um problema maior do que a discussão corrente neste artigo poderia abarcar. A maioria dos resultados de eficácia psicoterápica, seja qual for a modalidade de psicoterapia, tende a mostrar efeitos positivos, com poucas exceções. Porém, existem evidências de que em muitos casos esses resultados são enviesados. Dragioti et al.<sup>32</sup> realizaram uma revisão *umbrella* de metanálises sobre diversos tipos de psicoterapia (incluindo psicodinâmica) e perceberam que, apesar de quase todos os estudos conduzidos favorecerem as psicoterapias, apenas 16 de 247 metanálises (7%) foram capazes de fornecer boas evidências sem vieses, e entre essas, nenhuma era de vertentes psicodinâmicas nem psicanalíticas. Para além da discussão sobre a cientificidade da psicanálise, este certamente é um tópico que necessita de maior atenção por parte dos profissionais da psicologia e da psiquiatria que trabalham na clínica.

### *Desdém com informações refutantes*

Existem evidências de que muitos dos conceitos-chave da psicanálise são equivocados, mas independente disso, eles continuam sendo adotados no Brasil dentro das universidades e também como embasamento para práticas terapêuticas. A literatura empírica não deu suporte à teoria psicanalítica sobre os sonhos<sup>33</sup>, nem às explicações sobre memória e recalque<sup>34</sup>. O cérebro não funciona fazendo registros permanentes dos acontecimentos que são posteriormente

recalçados<sup>14</sup> (p. 30), e memórias falsas de coisas que nunca ocorreram podem ser implantadas por meio de sugestão<sup>18</sup> (p. 116-26). Apesar do reconhecimento de que processos inconscientes existem e impactam de modo significativo os seres humanos, o inconsciente psicodinâmico que é governado por desejos recalçados e pulsões não recebe suporte empírico<sup>14</sup> (p. 29-30). Há como alternativa a teoria do novo inconsciente, que é mais coerente com as descobertas atuais em neurociências<sup>14</sup> (p. 29-30)<sup>18</sup>.

A psicanálise costuma ignorar as outras possíveis variáveis (como a genética, classe social e outras) e trata como se um único evento traumático específico no passado infantil do sujeito fosse o causador de transtornos presentes, mas na realidade não temos boas evidências de uma relação de causalidade entre eventos traumáticos específicos de infância e psicopatologias na vida adulta<sup>35</sup>. Outros eventos estressores que ocorrem durante a vida do sujeito têm impactos muito maiores do que os da vida infantil, e desvantagens sociais poderiam explicar mais adequadamente os piores resultados de saúde mental dessas populações<sup>35</sup>. Também não temos evidências de que lembrar de eventos passados seria uma boa rota para a cura de sintomas psicológicos, apesar de esse ser comumente o caminho da análise<sup>14</sup> (p. 107). Mesmo com todas essas disparidades entre os dados científicos e as concepções analíticas, tais conceitos se mantêm vivos até hoje.

### *Construída em subterfúgio*

Esse item abarca características similares ao criticismo de Popper. Porém, ele não é igual ao critério da falseabilidade, considerando que na falseabilidade o que importa é a possibilidade de uma teoria ser provada falsa. Para Popper, não há algo como “confirmação” por indução. Esse item proposto por Hansson capta melhor as doutrinas que possuem *designs* que supostamente estão sempre confirmando ou que têm como única possibilidade a confirmação da hipótese original, impossibilitando que resultados alternativos sejam possíveis. Sobre isso, Rillaer<sup>36</sup> comenta e fornece diversos exemplos do porquê de a psicanálise não poder ser desconfirmada, apenas constantemente confirmada. Com ela, tudo poderia ser explicado à luz de processos inconscientes, e achar evidências contrárias seria inconcebível:

Você esquece o seu guarda-chuva na casa de um amigo? Você quer voltar à casa dele. (...) Ele reage mal à sua interpretação? “Ele está se defendendo”, está resistindo ao “id” que fala nele, “sem que o ego tenha consciência disso”. Ele critica Freud ou Lacan? Está se revoltando contra o Pai. (...) Seu filho tem medo de cavalos? Ele teme ser castrado pelo pai porque deseja a mãe. Sua análise faz com que você sofra cada vez mais? Você está entrando enfim nas camadas mais profundas do inconsciente. Os honorários do analista lhe parecem excessivos? Você está tendo uma “transferência negativa” ou uma “regressão ao estágio sádico-anal”. Depois de cinco anos de análise, você continua a sofrer de sintomas dolorosos? Você ainda não cavou o suficiente, você deseja sofrer porque seu superego é excessivamente forte. (Rillaer<sup>36</sup>, p. 154)

Um psicanalista poderia contra-argumentar que este seria um caso de psicanálise selvagem e que dentro da clínica ele não imporá interpretações, mas sim as construiria em uma relação única de troca entre terapeuta e cliente, reservada ao âmbito clínico<sup>37</sup>. Porém, isso não abala a objeção de que a psicanálise é um sistema que opera dentro dessas regras. Não é pela profundidade do diálogo ou o tempo de interação que isso seria diferente. Boudry & Buekens<sup>38</sup> argumentam que a psicanálise se assemelha a teorias da conspiração, já que os criticismos podem sempre ser taxados como provenientes de uma resistência, que no caso da psicanálise é inconsciente. Nem quando um crítico ou paciente rejeitam as explicações analíticas isso é visto como desconformatório: seria apenas uma confirmação maior de que processos inconscientes inobserváveis estão em curso. Também, se eles concordam com as interpretações oferecidas, a explicação é a mesma: foi um processo originado do inconsciente. Ao final, quando se trata do inconsciente psicodinâmico, não há possibilidade para aceitar evidências contrárias. Para todos os casos, em psicanálise, a “interpretação pode ser uma arma”<sup>39</sup> (p. 12).

O excesso de explicações que se encaixariam para todo e qualquer caso, portanto, não se mostra explicativo de fato; apenas aparenta ser. As interpretações escolhidas para abordar os fenômenos do funcionamento psicológico humano não são baseadas em boas evidências científicas cuidadosamente colhidas. Ao invés disso, costumam ser conceitos desprovidos de respaldo empírico, usados

para explicar qualquer comportamento e também o seu oposto. “A psicanálise é propriamente irrefutável, pois ela pode dizer tudo e seu contrário – basta invocar o ‘servil’ testemunho do inconsciente, sempre pronto para se curvar às exigências do momento”<sup>40</sup> (p. 140).

#### *Explicações são abandonadas sem substituição*

As definições dadas aos conceitos de cura, saúde e doença em psicanálise se enquadram nesse critério. Para Neves<sup>23</sup>, a discussão sobre a cura na psicanálise contemporânea não pode ocorrer caso não comece por uma crítica à noção tradicional do termo, e o mesmo vale para os outros dois conceitos. O autor argumenta que a psicanálise entende que, para a medicina, que adota o uso tradicional destes, um estado de saúde deveria ser um estado harmonioso completamente livre de doenças e patologias. Inclusive, diferentemente dos objetivos médicos, Prizskulnik<sup>41</sup> afirma que “a psicanálise se opõe ao objetivo da saúde mental de reintegrar o indivíduo à comunidade social”. Ainda de acordo com Neves<sup>23</sup>, os psicanalistas entendem que, para a medicina, a “cura” significaria uma conformação a um modo de funcionamento idealizado e baseado em noções de normalidade socialmente aceitas e esperadas, partindo da eliminação das doenças e o reestabelecimento da saúde anteriormente presente. Ou também, mais sucintamente, ela seria “a realização de uma experiência que conduz o sujeito à saúde pela eliminação da doença”<sup>23</sup> (p. 33).

Considerando a definição tradicional, a psicanálise acusaria a existência de intenções ocultas por trás do objetivo de curar pessoas em sofrimento: isso seria, na realidade, uma tentativa de controle social<sup>23</sup> (p. 16). Assim, faria mais sentido estar desamparado do que curado, pois:

Não devemos esquecer que estar desamparado, do ponto de vista psicanalítico e político, significa em larga medida ter atravessado o fantasma do amparo infinito pelo poder instituído. Estar desamparado (...) é sustentar a ação política como ação que força o impossível não cessar de não se escrever na situação. (Neves<sup>23</sup>, p. 28)

Para alguns, como Nasio, não faria sentido nem mesmo conceber cura como um conceito:

Não podemos dizer que a cura, assim compreendida como diminuição ou desaparecimento do sofrimento ligado aos sintomas, seja um conceito psicanalítico. Também não podemos dizer que ela seja um objetivo para o qual o tratamento deva tender, nem um critério que nos permita avaliar os seus progressos (...) não podemos fazer da cura nem um conceito, nem um objetivo, nem um critério, o que equivale a não ceder diante da influência do modelo médico, que tende a hipostasiar essa cura, a lhe dar um estatuto, a elevá-la à dignidade de um conceito (...) não existe conceito psicanalítico de cura, e que esta não pode ser uma finalidade que o analista deva perseguir na sua prática, como acontece na medicina. (Nasio<sup>42</sup>, p. 160)

Mesmo com essas considerações, existem propostas de novas definições que substituíram as tradicionais. “A saúde em psicanálise só pode ser compreendida como uma normatividade que se individualiza, sendo então impossível pensá-la como a expressão de um valor absoluto, ou seja, de uma norma geral”<sup>23</sup> (p. 28). Também poderia ser acrescida a observação de que “é certo que a psicanálise não toma a saúde como elemento constitutivo de sua ética e política de cura”<sup>43</sup> (p. 23). Sobre a definição de doença, poderíamos entendê-la em psicanálise como sendo “uma experiência produtiva de indeterminação”<sup>23</sup> (p. 18), não deixando de considerar que também “a doença, seja ela psíquica ou orgânica, não significa outra coisa senão a redução da margem de tolerância às modificações do meio”<sup>23</sup> (p. 28). Inclusive, existiria algo de especial dentro do campo da doença: “estar doente é, a princípio, assumir uma identidade com grande força performativa”<sup>44</sup> (p. 293), e o ideal curativo “visa enfraquecer o poder que habita as experiências do patológico, do anormal, do inumano e do desamparo”<sup>23</sup> (p. 21).

Já para a cura, diversas opções são oferecidas em psicanálise. Algumas podem ser consideradas: “curar-se é, portanto, construir e experimentar uma nova ordem, ou seja, a cura envolve viver inéditas formas de ajustamento ao meio”<sup>23</sup> (p. 18). Ou também, “realizar uma experiência que não tem lugar e não pode se inscrever na situação”<sup>23</sup> (p. 8). Para os psicanalistas, “a cura na experiência psicanalítica pode ser definida, fundamentalmente, pela ideia de transformação, isto é, da realização de uma experiência subjetiva que não é

o restabelecimento da norma ou do resultado previsto da execução de um método de tratamento”<sup>23</sup> (p. 84). Dunker & Peron<sup>24</sup> argumentam que o conceito de cura pode ter diversas interpretações a partir da obra de Freud, além de não se relacionarem às tradicionais da medicina (p. 89). Uma delas poderia ser a de que a “cura coincide com o conhecimento das causas dos sintomas” (p. 86). Já na visão de Neves<sup>23</sup>, os trabalhos de Freud e de Lacan teriam deixado de legado a definição de cura como sendo a realização de uma experiência que toca o impossível (p. 25). Para Nasio, “a cura é um valor imaginário, uma opinião, um preconceito, um pré-conceito, assim como o são a natureza, a felicidade ou a justiça”<sup>42</sup> (p. 160). Não apenas isso, mas pelas definições dadas em psicanálise, “a cura como a realização de uma experiência singular não será idêntica a nada”<sup>43</sup> (p. 24). De todo modo, é importante estar atento para o fato de que, mesmo se ela for entendida dessas maneiras adaptadas pela doutrina e inclusive pelo próprio Freud como uma “reorganização do Eu”, ela continua sendo um ideal “nocivo à análise e ao psicanalista”<sup>42</sup> (p. 167): um terapeuta que busca a cura de seu paciente estaria possivelmente sob influência de sentimentos de orgulho e narcisismo<sup>42</sup> (p. 168). A psicanálise, mesmo sendo tratada como uma psicoterapia, não tem a cura como meta nas palavras de Lacan, citado por Nasio:

(...) o mecanismo (da análise) não é orientado para a cura como finalidade. Não digo nada que Freud já não tenha formulado poderosamente: toda inflexão em direção à cura como finalidade – fazendo da análise um meio puro e simples para um fim preciso – dá algo que estaria ligado ao meio mais curto que só poderia falsear a análise. (Nasio<sup>42</sup>, p. 159)

Para a psicanálise, a definição de cura como uma experiência que conduz à saúde deve ser substituída por uma experiência que não está em lugar nenhum, não diz respeito a nenhuma situação possível, que não tem nada a ver com os objetivos propostos por um tratamento e que é impossível. Ela não seria idêntica a nada, e se não é idêntica a nada, não poderia nem ser idêntica a si mesma, o que configuraria uma contradição lógica. Em psicanálise, a cura é imaginária e inclusive nociva. No caso da saúde, esta seria uma normatividade individualizada que não está incluída nas demandas éticas da doutrina.

Enquanto isso, as tentativas de tratar adoecimentos são acusadas de consistirem em tentativas de controle social e influenciadas por narcisismo e orgulho. As doenças e as patologias não poderiam, em psicanálise, ser consideradas como um desvio da norma orgânica, mas, em vez disso, são classificadas como fontes de algum tipo de poder renegado, em vez de sofrimento. Esses conceitos, em suas muitas variações, são apresentados como possíveis substituições para as ideias tradicionais de cura, saúde e doença. Porém, mesmo que as definições tradicionais possam ser criticadas e possuam lacunas, as definições adotadas em psicanálise tornam esses conceitos muito mais vagos e distantes da realidade do que suas versões originais, com alguns deles ao ponto de nem mesmo serem compreensíveis. Isso torna a nova proposta muito menos explicativa do que a tradicional.

Nesta situação, existem pelo menos dois problemas: para além de haver explicações (no caso, definições) abandonadas sem uma boa substituição, este também é um caso de obscurantismo. Considerando esse aspecto da doutrina, que não se restringe às definições dos três conceitos apresentadas nessa seção, isto pode sugerir que o sétimo critério da lista de Hansson talvez seja insuficiente para captar outros problemas relativos ao modo como as explicações de uma doutrina pseudocientífica são tratadas. Levando isso em conta, neste artigo haverá a proposta de um novo item, introduzido com um oitavo item a ser adicionado à lista original. Poderia ser assim colocado:

8. Obscurantismo: os conceitos teóricos ou afirmações de uma teoria possuem um significado inexistente ou nebuloso ao entendimento, o que permite a realização de mudanças arbitrárias, ou seja, sem que existam justificativas plausíveis para tal.

#### *Obscurantismo*

Muito se poderia dizer sobre o problema do obscurantismo, sua relação com a pseudociência e também sua pertinência como critério de demarcação. Entretanto, não há aqui uma revogação de exaustão, apesar de serem oferecidas as seguintes explicações para a introdução desse novo item:

O *obscurantismo* é um estilo comunicativo, comumente utilizado por pseudocientistas como estratégia retórica,

que ocorre nos casos em que a apresentação das afirmações ou dos conceitos de uma teoria são feitos de maneira significativamente imprecisa, impedindo uma compreensão adequada de sua proposta. Isso a protege de possíveis objeções: já que suas definições são demasiadamente vagas, é sempre possível acusar o crítico de não ter compreendido seu real sentido, bem como alternar as definições de modo a adotar ou abandonar os seus variados significados, usando-os respectivamente nos momentos mais oportunos.

Um texto obscurantista, apesar de aparentar trazer um conteúdo robusto sobre um determinado tópico, na realidade não o faz<sup>10</sup>. Isso parece relevante principalmente quando retornamos à definição de pseudociência: de maneira semelhante, no caso do obscurantismo, é criada uma impressão de cientificidade enquanto há um afastamento considerável da ciência (no sentido ampliado). Por essa razão, a introdução desse item parece ser justificada.

Em certos casos de obscurantismo, diversas afirmações são feitas, mas na realidade estas são proclamadas através de frases destituídas de valor de verdade, ou seja, frases que não podem ser verdadeiras nem falsas. Em outros, mesmo que algum significado possa ser de lá retirado, uma nebulosidade sobre sua real definição é imposta pelo autor, impedindo que os leitores tracem interpretações mais precisas ou consensuais sobre o que realmente se quis dizer. Isso dificulta a própria produção de objeções: é muito mais trabalhoso criticar uma posição que não se consegue compreender adequadamente do que aquela que expõe seus raciocínios de maneira clara e explícita. Também é importante notar que, em diversos momentos, as reformulações de conceitos são importantes para a ciência, mas, para fazê-las, é necessário que existam boas justificativas. Isso não costuma ser levado em consideração pelo obscurantista.

No caso da psicanálise, certas coisas mudaram dos tempos de Freud para os dias atuais, mas além de não terem sido muitas, também não foram adotadas frente ao surgimento de boas evidências. As grandes teorias da psicanálise contemporânea continuam sem passar por testes empíricos<sup>14</sup>, evidenciando que as mudanças foram arbitrárias e provavelmente visavam apenas adaptar-se ao meio cultural da época. Um exemplo desse tipo de ocorrido é a alteração do *status* patológico da orientação

sexual de gays e lésbicas, bem como a questão da inveja do pênis<sup>4</sup>. Uma teoria supostamente evoluir e mudar os seus conceitos ao longo do tempo só é um mérito se essa mudança for feita com base em boas evidências, e não apenas por influências culturais; afinal, até mesmo os movimentos religiosos mudam suas explicações sobre o mundo ao longo dos séculos, e isso não contribui para torná-los científicos.

Cioffi<sup>4</sup> aponta que o papel etiológico da sexualidade sofreu com uma mudança de significados oportunista. As ideias de sexualidade, de erotismo e de libido tinham suas definições escolhidas arbitrariamente por Freud dependendo do contexto: quando eram questionadas pelo cético, se tornavam algo que simbolizaria o amor fraterno, afeto, ou no caso das pulsões sexuais, seriam desejos que poderiam ser satisfeitos utilizando-se dos mais variados sentidos, inclusive de modo não genital. Enquanto isso, em ambientes mais seguros e receptivos, estas convenientemente voltavam a significar questões sexuais no sentido tradicional dos termos.

Sendo a teoria psicanalítica perfeitamente vazia, ela é também, ao mesmo tempo, supremamente adaptável. Tal ou qual outro conceito da teoria se mostra dificilmente sustentável, ou mesmo francamente embaraçador, (...) basta abandoná-lo silenciosamente e tirar um novo coelho teórico da imensa cartola do inconsciente. Isso é o que os psicanalistas gostam de descrever como os “progressos” da psicanálise (...). O que é dado como um progresso em psicanálise não é senão a última interpretação, ou seja, a mais aceitável em um determinado contexto institucional, histórico ou cultural. (Borch-Jacobsen<sup>40</sup>, p. 140-1)

Buekens & Boudry<sup>10</sup> mostram que a psicanálise lacaniana é outro exemplo de obscurantismo. Lacan assume que o inconsciente é estruturado como uma linguagem e defende que sua escrita seria equivalente à expressão de seu próprio inconsciente. A adoção da linguagem obscurantista, então, é assim justificada. Desse modo, qualquer tentativa mais sistemática de interpretá-lo estaria fadada a ser vítima de erro, imunizando a doutrina de possíveis criticismos. Mesmo que Lacan se portasse como uma autoridade sobre a psicologia humana que transmitia suas ideias através de significados ocultos, caberia ao leitor interpretá-las (em suas inúmeras possibilidades de

fazê-lo), ainda podendo sempre ser acusado de não o ter compreendido de fato.

Buekens & Boudry<sup>10</sup> apontam também que, como não é possível traçar conclusões definitivas sobre o que Lacan realmente quis dizer, só resta ao leitor entendê-lo subjetivamente de acordo com suas impressões pessoais, o que acaba criando uma divergência significativa de interpretações entre os próprios adeptos. O psicanalista não apenas se utilizava de uma linguagem obscurantista em seus trabalhos, mas também assumiu explicitamente seu uso:

Eu diria que é com uma intenção deliberada, se não totalmente deliberada, que eu faço esse discurso de modo a oferecer para vocês a oportunidade de não entenderem. Essa margem permite a vocês dizerem que pensam que me seguem, quer dizer, vocês se mantêm em uma posição problemática, em que a porta está sempre aberta para uma progressiva retificação. (Lacan<sup>45</sup>, p. 164)

## CONCLUSÃO

Este artigo apontou que a psicanálise – não apenas em sua versão clássica, mas também contemporânea – se enquadra em todos os sete itens da lista de multicritérios de Hansson. Ela também se encaixa no oitavo item apresentado neste trabalho. Assim, ao final, ela acaba por ser compatível com todos os oito itens de demarcação de pseudociências. As evidências apresentadas sugerem que, tanto com o critério de Popper quanto com o de Hansson, e também considerando suas versões clássicas e contemporâneas, a psicanálise é de fato uma pseudociência. Mesmo se a impressão de que representa o conhecimento mais confiável sobre o funcionamento psicológico humano seja criado por seus proponentes, este não é o caso, porque ela se desvia consideravelmente dos critérios de qualidade científicos.

Apesar da pesquisa em psicanálise ser extremamente difundida no Brasil, as suas objeções não estão sendo discutidas na literatura, e isso pode ser um indicador de alienação<sup>46</sup>. A manutenção de uma postura dogmática sobre uma doutrina inserida no meio acadêmico é perigosa, já que pode levar à estagnação da ciência e impedir o pleno desenvolvimento de suas disciplinas, que no caso da psicanálise seriam principalmente a psicologia e a psiquiatria. É importante que as críticas à psicanálise



sejam mais discutidas, dado que ela ainda é tratada na academia como um dos principais modelos teóricos e clínicos para o entendimento do comportamento humano. Mesmo a partir de uma perspectiva ética, é importante buscarmos realizar práticas e construir teorias que estejam de acordo com as melhores evidências científicas. Não há uma boa justificativa moral para acreditarmos em seja qual teoria for se ela não possuir evidências suficientes a seu favor<sup>47</sup>.

### Agradecimentos

Agradeço a Alícia Cristina de Sales Braga, Vitor Douglas de Andrade e Caio César de Souza Barbosa pelos diferentes tipos de incentivo e apoio recebidos em fases diversas do desenvolvimento deste artigo.

Artigo submetido em 09/03/2021, aceito em 09/03/2021.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Clarice de Medeiros Chaves Ferreira, Rua Antônia Augusta de Andrade, 230, Bairro Álvaro Maia, CEP 35457-020, Itabirito, MG.  
E-mail: cenobia08@gmail.com

### Referências

- Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulário da psicanálise. 9ª ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes; 1986.
- Popper KR. Conjecturas e refutações: o progresso do conhecimento científico. 5ª ed. Brasília: UNB; 2008.
- Grünbaum A. Popper's fundamental misdiagnosis of the scientific defects of Freudian psychoanalysis and of their bearing on the theory of demarcation. *Psychoanal Psychol*. 2008;25:574-89.
- Cioffi F. Pseudoscience: the case of Freud's sexual etiology of the neuroses. In: Pigliucci M, Boudry M, editors. *Philosophy of pseudoscience: reconsidering the demarcation problem*. Chicago & London: University of Chicago Press; 2013. p. 321-40.
- Newton-Smith WH. *The rationality of science*. London & New York: Routledge; 2003.
- Hansson SO. Disciplines, doctrines, and deviant science. *Int Stud Philos Sci*. 2020;33:43-52.
- Hansson SO. Defining pseudoscience and science. In: Pigliucci M, Boudry M, editors. *Philosophy of pseudoscience: reconsidering the demarcation problem*. Chicago & London: The University of Chicago Press; 2013. p. 61-78.
- Hansson SO. *Vetenskap och ovetenskap*. Stockholm: Tiden; 1983.
- Crews F. *Freud: the making of an illusion*. New York: Metropolitan Books; 2017.
- Buekens F, Boudry M. The dark side of the loon. Explaining the temptations of obscurantism. *Theoria*. 2014;81:126-42.
- Dersken AA. The seven strategies of the sophisticated pseudo-scientist: a look into Freud's rhetorical tool box. *J Gen Philos Sci*. 1993;32:329-50.
- Borch-Jacobsen M. *Les patients de Freud: destins*. Auxerre: Science Humaines; 2011.
- Figueiredo LC. A psicanálise e a clínica contemporânea. *Contemp Psicanal Transd*. 2009;15:9-17.
- Paris J. An evidence-based critique of contemporary psychoanalysis: research, theory, and clinical practice. London & New York: Routledge; 2019.
- Schmidt S. Shall we really do it again? The powerful concept of replication is neglected in the social sciences. *Rev Gen Psychol*. 2009;13:90-100.
- Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
- Spence DP. Dangers of anecdotal reports. *J Clin Psychol*. 2001;57:37-41.
- Callegaro MM. *O novo inconsciente: como a terapia cognitiva e as neurociências revolucionaram o modelo do processamento mental*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Ramus F. What's the point of neuropsychiatry? *Br J Psychiatry*. 2013;203:170-1.
- Bastos LAM. Psicanálise baseada em evidências? *Physis*. 2002;12:391-408.
- Guerra AMC. *Psicanálise e Produção Científica*. In: Neto FK, Moreira JO, organizadores. *Pesquisa*

- em psicanálise: transmissão na universidade. Barbacena: EdUEMG; 2010. p. 130-45.
22. Lage SFL. Dilthey e Freud: a psicanálise frente à epistemologia das ciências do espírito [dissertation]. Rio de Janeiro: Repositório Maxwell; 2003.
  23. Neves TI. A cura em psicanálise como potência política de transformação [thesis]. Recife: Universidade Católica de Pernambuco; 2018.
  24. Dunker CIL, Peron PR. Usos e sentidos da cura na psicanálise de Freud. *Percurso*. 2002;28:83-9.
  25. Neves TI, Lopes AM, Moraes TCB. Reintroduzindo o sintoma: a psicanálise como obstáculo à cientificização do tratamento psíquico. *Estud. Pesqui. Psicol*. 2013;13:237-53.
  26. Fink B. *The lacanian subject: between language and jouissance*. Princeton: Princeton University Press; 1995.
  27. Sgarioni MM, D'Agord MRL. Ciência, Verdade e Saber na Sociedade Moderna: Uma Perspectiva Lacaniana. *Clín Cult*. 2013;2:3-15.
  28. Fearon RMP, Roisman GI. Attachment theory: progress and future directions. *Curr Opin Psychol*. 2017;15:131-6.
  29. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*. 2008;300:1551-65.
  30. Littell JH, Shlonsky A. Making sense of meta-analysis: a critique of "effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy". *Clin Soc Work J*. 2010;39:340-6.
  31. Fonagy P. *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2nd Revised Edition. London: International Psychoanalytic Association; 2002. [https://www.ipa.world/ipa/IPA\\_Docs/Open%20Door%202002.pdf](https://www.ipa.world/ipa/IPA_Docs/Open%20Door%202002.pdf)
  32. Dragioti E, Karathanos V, Gerdle B, Evangelou E. Does psychotherapy work? An umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;136:236-46.
  33. Hobson A. *Psychodynamic neurology: dreams, consciousness, and virtual reality*. Boston, Massachusetts: CRC Press; 2015.
  34. Rofé Y. Does repression exist? Memory, pathogenic, unconscious and clinical evidence. *Rev Gen Psychol*. 2008;12:63-85.
  35. Horwitz AV, Widom CS, Mclaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *J Health Soc Behav*. 2001;42:184-201.
  36. Rillaer JV. Os benefícios da psicanálise. In: Meyer C, organizadora. *O livro negro da psicanálise*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2014. p. 147-62.
  37. Grant DC, Harari E. Psychoanalysis, science and the seductive theory of Karl Popper. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39:446-52.
  38. Boudry M, Buekens F. The epistemic predicament of a pseudoscience: social constructivism confronts Freudian psychoanalysis. *Theoria*. 2011;77:159-79.
  39. Frosh S. *For and against psychoanalysis*. London e New York: Routledge; 2006.
  40. Borch-Jacobsen M. Uma teoria zero. In: Meyer C, organizadora. *O livro negro da psicanálise*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2014. p. 137-42.
  41. Prizskulnik L. Prevenção: saúde mental e psicanálise. *Proceedings of the 7th Formação de Profissionais e a Criança-Sujeito*. LEPSI IP/FE-USP 2009. [www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032008000100002&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032008000100002&script=sci_arttext)
  42. Nasio J-D. *Como trabalha um psicanalista?* Rio de Janeiro: Zahar; 1999.
  43. Neves TI. O universalismo da cura em Freud. *Ágora (Rio J)*. 2020;23:21-9.
  44. Safatle V. *O circuito dos afetos*. São Paulo: Cosac Naify; 2015.
  45. Lacan J. *The seminar of Jacques Lacan: Book III, The psychoses*. New York, London: WW Norton; 1997.
  46. Fontes FF. A crítica à psicanálise: um capítulo censurado? *Psicol Rev (Belo Horizonte)*. 2014;20:446-59.
  47. Clifford WK. A ética da crença. In: Murcho D, organizador. *A ética da crença*. Lisboa: Bizâncio; 2010. p. 97-136.

ANÚNCIO

ALEXANDRINA MELEIRO  
ARTHUR HIRSCHFELD DANILA  
EDUARDO DE CASTRO HUMES  
SERGIO BALDASSIN  
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA  
EDMÉA FONTES OLIVA-COSTA

## ADOCIMENTO MENTAL DOS MÉDICOS NA PANDEMIA DE COVID-19

### MENTAL DISEASE AMONG DOCTORS IN THE COVID-19 PANDEMIC

#### Resumo

**Introdução:** A pandemia por COVID-19 exacerbou a angústia existencial em relação à morte. A insegurança e a incerteza relacionadas aos limites da ciência, devido à falta de consenso científico sobre essa nova doença, convocam a necessidade de investigar, refletir e revisar as informações sobre problemas de saúde mental vinculados ao trabalho médico, especialmente para os que estão na linha de frente da assistência a pessoas com COVID-19, bem como discutir o estigma relacionado ao sofrimento psíquico dessa população, em especial nessa pandemia, identificar precocemente possíveis adoecimentos psíquicos e facilitar a busca imediata de assistência em saúde mental.

**Métodos:** Revisão narrativa visando discutir o estado da arte e atualização do conhecimento sobre o adoecimento psíquico dos médicos na pandemia de COVID-19.

**Resultados:** A literatura aponta que discentes, residentes, docentes e profissionais da medicina apresentam importantes prevalências de transtorno mental comum, sintomas depressivos, *burnout* e suicídio. A pandemia de COVID-19 apresenta um risco de aumento de prevalência de transtornos mentais, comumente referida como quarta onda da pandemia, associada a elementos biopsicossociais do período de quarentena e priorização dos cuidados físicos em detrimento dos psíquicos.

**Conclusões:** Instituições de saúde devem realizar uma reflexão profunda sobre o seu papel na promoção, manutenção e criação de atividades e programas de prevenção do sofrimento psíquico ou transtornos mentais identificados nos profissionais médicos que nelas atuam. Estas contribuirão para o planejamento de melhores estratégias que preservem a saúde mental dos profissionais, com consequências positivas na sociedade como um todo.

**Palavras-chave:** Transtornos mentais, pandemias, doenças ocupacionais, esgotamento psicológico.

#### Abstract

**Introduction:** The COVID-19 pandemic exacerbated existential anguish surrounding dying. Insecurity and uncertainty related to the limits of science and the lack of scientific consensus on this new disease highlights the need to investigate, reflect, and review information on mental health problems related to medical work, especially for those in the front line of provision of care for people with COVID-19. There is also a need to discuss the stigma attached to this population's psychological suffering, especially during the pandemic and to identify mental disorders early and immediately seek specialized mental health services.

**Methods:** A narrative review aimed at discussing the state of the art and updating knowledge about mental illness among doctors in the COVID-19 pandemic.

**Results:** The scientific literature reveals high prevalence rates of common mental disorder (CMD), depressive symptoms, burnout, and suicide among students, residents, teachers, and medical professionals. The COVID-19 pandemic poses a risk of mental health disorders, commonly described as the fourth wave of the pandemic, which would be triggered by biopsychosocial elements arising from the quarantine period and prioritization of physical care over provision of mental health care.

**Conclusions:** Healthcare institutions should review and reflect on their role in the promotion, maintenance, and prevention of psychological suffering and mental disorders identified among physicians. These measures will contribute to planning of better strategies that

preserve their mental health, with positive consequences for society as a whole.

**Keywords:** Mental disorders, pandemics, occupational diseases, burnout syndrome.

## INTRODUÇÃO

O trabalho médico se diferencia sobremaneira dos demais, na medida em que o profissional lida com a vida e a morte. O médico ainda está sujeito a agravos à sua saúde pela exposição a agentes infecciosos e químicos, a condições de trabalho insalubres e uma organização do mesmo por vezes inadequada. Está particularmente sujeito a agravos à sua saúde mental, por exercer atividade tão desencadeadora de emoções no contato diário e direto com o sofrimento humano, por possíveis identificações que advêm disso e em função das estratégias defensivas que utiliza, nem sempre de forma satisfatória ou adaptativa<sup>1</sup>. A literatura apresenta um histórico importante da associação entre a prática médica e o adoecimento psíquico, desde a graduação<sup>2,3</sup> e a residência<sup>4,5</sup>, apresentando inclusive altas taxas de suicídio, maiores que as da população geral<sup>6</sup>.

Os elementos ambientais apresentam um papel importante entre os fatores que podem contribuir com o adoecimento psíquico, destacando-se a privação de luz solar e de sono, o ambiente com alta competitividade e as cobranças (além das próprias, as dos colegas, de pacientes e familiares). Essas populações apresentam maiores taxas de pensamento de suicídio e êxito suicida, além de baixas taxas de procura de tratamento, frequentemente recorrendo à automedicação<sup>3,6</sup>. O adoecimento aumenta o risco de o médico cometer erros e haver prejuízo do cuidado do paciente<sup>7</sup>.

A exposição a situações percebidas como graves pode gerar um conjunto de reações psicológicas, variando entre a ausência de reação ao evento, passando pela resposta proporcional, a resposta disfuncional leve e o claro adoecimento psíquico<sup>8</sup>, com a presença de diversos fatores de risco para esse adoecimento (Quadro 1).

O SARS-CoV-2, vírus causador da COVID-19, provocou mudanças em diversos contextos (pessoal, profissional, social, etc.) em todo o mundo, iniciando pela China em dezembro de 2019 e no Brasil a partir de março de 2020. A importante preocupação associada ao vírus está relacionada à sua propagação e seu potencial

risco de contaminação com agravamento de sintomas, principalmente em pessoas com comorbidades e idosos, e à resposta dos sistemas de saúde<sup>9</sup>. O problema da sobrecarga dos sistemas de saúde por pessoas que desenvolvam COVID-19 e o risco de aumento do número de mortes diretas (pela COVID-19) e indiretas (pela incapacidade de receber o cuidado de saúde adequado por sobrecarga do sistema de saúde) estão associados ao ineditismo deste vírus junto à maior parte da população. Para reduzir a velocidade de propagação do vírus, foi necessária a adoção de um conjunto de mudanças de atitudes, incluindo o afastamento físico e preocupação mais intensa com a proteção individual<sup>9</sup>. Por sua vez, estas podem contribuir para um aumento dos agravos à saúde mental das pessoas, em especial dos médicos com sobrecarga e sob estresse crônico, além de preocupações acerca do risco de contaminação própria e de familiares, expostos a episódios de hostilidades contra profissionais e inúmeras mortes<sup>10</sup>.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa, apropriada para discutir o estado da arte e visando à aquisição e

**Quadro 1** - Fatores associados a maior risco de evolução para adoecimento psiquiátrico após a exposição a trauma<sup>8</sup>

- Mulheres
- Infância, adolescência e terceira idade
- Pessoas com doenças clínicas e psiquiátricas prévias
- Pessoas em condições sociais prejudicadas e suporte social limitado
- Percepção de risco para a própria vida
- Percepção de risco para a vida de outros
- Pessoas que passam por adoecimentos físicos
- Situações com baixa percepção de controle e previsibilidade
- Experimentar percepção de iminência de desastre
- Experimentação de estresse desproporcional ou apresentar dissociação no momento da exposição
- Perda de familiares, amigos e colegas próximos
- Perda de propriedades e destruição de propriedade
- Experimentação de traumas prévios

Fonte: Adaptado de Williams et al.<sup>8</sup>.

**ALEXANDRINA MELEIRO**  
**ARTHUR HIRSCHFELD DANILA**  
**EDUARDO DE CASTRO HUMES**  
**SERGIO BALDASSIN**  
**ANTÔNIO GERALDO DA SILVA**  
**EDMÉA FONTES OLIVA-COSTA**

atualização do conhecimento sobre o adoecimento dos médicos na pandemia de COVID-19. Para a análise da produção científica, não se utilizaram técnicas qualitativas e/ou quantitativas específicas de tratamento de dados, mas a apreciação geral da qualidade, fundamentação e seriedade dos textos publicados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *A saúde mental na pandemia*

A Associação Médica Britânica mostrou que cerca de 1/3 dos médicos relatou piora de sua saúde mental com a pandemia<sup>11</sup> e que oferecer apoio a essa população é fundamental. Algumas especialidades já se preocuparam em investigar seus problemas durante a pandemia<sup>12</sup> e, de forma geral, já antecipam os problemas da segunda onda da pandemia<sup>13</sup>.

Com a pandemia do SARS-CoV-2, causador da COVID-19, observamos um aumento da angústia existencial de todos acerca do grande tabu da humanidade que é a morte, além da insegurança e incerteza diante do novo, pelos limites da ciência, com informações desencontradas e orientações modificadas a cada nova descoberta pela falta de consenso científico<sup>14</sup>. Os profissionais médicos foram especialmente impactados, não apenas pelo seu papel na estruturação do sistema de saúde, muitos deles atuando nas linhas de frente, mas também pelo papel que foram conclamados a desempenhar junto à sociedade, como formadores de opinião em um momento com grandes fraturas sociais e maior radicalização dos debates. Em tempos de COVID-19, temos convivido diariamente com o medo e a incerteza, a partir de várias informações nas mídias oriundas de órgãos oficiais de saúde no mundo e no Brasil, justamente por ser algo novo, sem resultado ainda de pesquisas científicas bem elaboradas<sup>9</sup>. Foi assim acerca do tipo de isolamento adequado, do uso de máscaras por todos e não apenas pelos profissionais da saúde e dos esquemas terapêuticos para diferentes estágios de contaminação pelo SARS-CoV-2.

Além desses estressores, observamos surgir com força o receio dos profissionais médicos em contaminar suas próprias famílias, que alimentou seus já intensos processos de cobrança pessoal e autorreprovação. O distanciamento de familiares, como cônjuges e filhos enviados para outras localidades para permanecerem mais protegidos, gerou maior chance de se sentirem

sozinhos<sup>15</sup>. Em alguns casos mais graves, a sensação de impotência tem sido ainda maior, como quando vistos na obrigação de facilitar o contato virtual de familiares se despedindo. Também os médicos, ao atenderem pacientes internados por SARS-CoV-2 que tiveram perdas dos pais pelo mesmo motivo, muitas vezes se sentem impotentes e se culpam, até mesmo quando enfrentam repetidas condutas burocráticas na recepção de novos pacientes.

A combinação desses novos e importantes estressores com o frequentemente pobre autocuidado preventivo dos profissionais médicos acarreta riscos adicionais pessoais e de saúde pública. Durante seu adoecimento, seja físico ou mental, tornam-se um risco considerável à sua própria saúde pessoal, mas também à sociedade, já que médicos desgastados emocionalmente podem se tornar menos eficientes. Há relatos de que a percepção ou o próprio destaque do “heroísmo” dos profissionais na linha de frente de combate à pandemia poderiam piorar ainda mais os riscos de excederem seus próprios limites de equilíbrio emocional e segurança<sup>16</sup>.

Investigar e refletir sobre problemas de saúde mental vinculados ao trabalho torna-se imperativo nos dias atuais<sup>17</sup>, especialmente para os médicos que estão na linha de frente da assistência a pessoas com suspeita ou confirmação do diagnóstico de COVID-19. Assim, é necessário revisar as evidências e discutir o estigma relacionado ao sofrimento psíquico nessa pandemia, promovendo a identificação precoce de agravos à saúde mental e a busca imediata de assistência especializada em saúde mental pelos médicos.

### *Mecanismos potencialmente associados ao impacto da COVID-19 na saúde mental de médicos*

Um dos primeiros textos em revista científica sobre o tema da relação da saúde mental com a COVID-19 foi o editorial do *Brazilian Journal of Psychiatry* em abril de 2020<sup>18</sup>, onde está discutida a quarta onda potencialmente associada a essa pandemia, que se caracteriza pela eclosão de transtornos mentais. Esses transtornos acometeram a população, independentemente do contágio pelo vírus, devido a todas as consequências biopsicossociais que advêm do longo período de quarentena ou *lockdown* e priorização dos cuidados físicos em detrimento dos psíquicos devido ao distanciamento físico.

<sup>1</sup> Comissão de Atenção à Saúde Mental do Médico, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. <sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. <sup>3</sup> Faculdade de Medicina, Centro Universitário FMABC, Santo André, SP. <sup>4</sup> ABP, Rio de Janeiro, RJ. <sup>5</sup> Universidade do Porto, Porto, Portugal. <sup>6</sup> Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). <sup>7</sup> Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE (aposentada).

Para Jair Mari<sup>19</sup>, o pior da pandemia se dará na área da saúde mental. Ele descreveu as várias fases da pandemia relacionadas à saúde mental e também chamou a atenção para o fato de que, embora todos estejam submetidos a estressores imprescindíveis, nem todos irão desenvolver transtornos mentais, uma vez que outras variáveis são necessárias para o desenvolvimento de um adoecimento, como fatores biológicos, a capacidade de resiliência individual, o suporte de apoio familiar e institucional, a identificação precoce de sinais e sintomas e intervenção preventiva adequada<sup>19</sup>. Para o autor, haveria impacto em saúde mental durante quatro fases, com mecanismos diversos para a ação. A primeira fase é marcada pelo foco no medo de ser contaminado ou de contaminar outras pessoas, sendo esta uma reação natural, mas que não é diferente de outras situações agudas traumáticas causadas por outras patologias infecciosas onde este risco de contaminação também existe; entretanto, o desconhecimento sobre a COVID-19 exacerba este medo. Na segunda fase, relacionada com o afastamento físico compulsório, ocorre uma mudança coerciva de rotina. Daí observamos uma reação de ajustamento situacional diante das circunstâncias de insegurança e do medo que nos prepara o futuro, caracterizada por tristeza, ansiedade, angústia, irritabilidade e desconforto em relação à nova realidade, mas ainda sem comprometimento das atividades diárias, seja no trabalho remoto, presencial ou no cuidado pessoal e dos familiares para a preservação da saúde integral. Contudo, é indispensável estar atento aos sintomas para diferenciar uma reação normal de uma reação patológica, seja pela importante intensidade de sintomas, seja pelo progressivo aumento que pode ocorrer na reação patológica. Essa diferenciação determina a necessidade de avaliação por um profissional especializado, que poderá recomendar modificações possíveis e saudáveis de rotina, que priorizem as estratégias preventivas contra agravos à saúde física e psíquica igualmente. Na terceira fase proposta, o ponto central são as mortes abruptas decorrentes da COVID-19, sem os rituais habituais de despedida que favorecem a elaboração das perdas e vivência do luto normal. O autor ainda discute o impacto a que os profissionais de saúde da linha de frente são submetidos. Destaca o alto nível de exigência física e emocional, dentro de uma estrutura assistencial insuficiente para garantir segurança profissional. São vários os relatos da carência de equipamentos

de proteção individual, levando, além do medo de ser contaminado, a uma sensação de descaso, desamparo e frustração com as condições adversas de trabalho, sem contar a convivência com cenas terríficas no dia a dia. Nessa situação, espera-se um nível elevado da síndrome de *burnout*, associada ao esgotamento profissional<sup>19</sup>.

Em um comentário publicado online, em 21 de abril de 2020, no periódico *Lancet Psychiatry*, os membros da International COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration alertaram sobre o possível aumento das taxas de suicídio à medida que a pandemia se espalha, e os seus efeitos de longo prazo na economia, na população em geral e nos grupos mais vulneráveis se tornam mais claros<sup>20</sup>. Essa preocupação ecoa em relatos como o de uma médica coordenadora de UTI em Manhattan (NY), que não tinha antecedentes de transtornos mentais, segundo o seu pai também médico, e que cometeu suicídio em 26 de abril de 2020 em Charlottesville, nos EUA, quando retornou ao trabalho após se recuperar da contaminação por COVID-19 e a necessária quarentena. Segundo a família, a médica chegou a trabalhar 18 horas por dia e a dormir nos corredores do hospital<sup>21</sup>; por isso a importância de cuidar do cuidador.

Muitas das características psicodinâmicas que conduzem as pessoas para a carreira médica também as predispõem para os distúrbios emocionais descritos na literatura. Além de comprometer a relação médico/paciente e o comportamento ético do médico, elas podem desencadear vários processos de adoecimento e até justificar os elevados índices de suicídio encontrados nesse grupo<sup>22</sup>. Uma das motivações para a escolha da carreira médica é o desejo de vencer a morte, o que faz o estudante assumir compromissos onipotentes durante a sua formação. O confronto com os limites da realidade da profissão gera sentimento de culpa e impotência, que favorecem o surgimento de quadros depressivos ou ansiosos.

É necessário, ao médico já em exercício da profissão, um programa de conscientização e orientação de que a informação técnica anteriormente adquirida não lhe dá imunidade aos conflitos emocionais, assim como um bom preparo de profissionais para lidar com médicos em risco de suicídio, pois os sentimentos positivos e negativos da contratransferência se misturam, principalmente os de identificação<sup>22</sup>.

**ALEXANDRINA MELEIRO**  
**ARTHUR HIRSCHFELD DANILA**  
**EDUARDO DE CASTRO HUMES**  
**SERGIO BALDASSIN**  
**ANTÔNIO GERALDO DA SILVA**  
**EDMÉA FONTES OLIVA-COSTA**

A literatura já documentou previamente a associação entre transtornos mentais e piores dos indicadores de qualidade de cuidado, absentismo, presenteísmo e abandono de vínculos empregatícios<sup>22</sup>. Tendo em vista o potencial impacto sobre os sistemas de saúde do mundo, que muitas vezes já funcionam com dimensionamento mínimo de profissionais, o cuidado com a saúde mental dos profissionais é essencial. Para isso é central que ocorra não apenas o apoio dos gestores das instituições de saúde, mas também apoio mútuo no cuidado solidário. A observação e atenção para sinais e sintomas que indiquem agravos à saúde física e/ou psíquica de qualquer membro da equipe terapêutica é fundamental. Devemos ter em conta que qualquer perda por morte ou afastamento por doença provoca desestruturação nos serviços, mas também nas famílias dos profissionais, no cuidado da comunidade e na equipe<sup>22</sup>.

### *Estado atual de evidências*

Essas associações apresentam consonância com os achados da literatura, que mostram que os profissionais envolvidos apresentam altas taxas de sintomatologia depressiva e ansiosa<sup>23,24</sup>, sendo que os que estão na linha de frente<sup>25</sup> e em regiões com maior incidência de quadros de COVID-19 apresentam maior risco de apresentar sintomatologia importante. Um estudo para avaliar a prevalência e os preditores de depressão, ansiedade e sua comorbidade entre trabalhadores essenciais do Brasil e da Espanha, como profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19, mostrou que morar no Brasil foi associado com aumento de maior chance de depressão, ansiedade e ambos quando comparado a morar na Espanha<sup>24</sup>. Esses trabalhadores, apesar de proporções importantes de sintomatologia depressiva, apresentam pouca procura por serviços de atenção à saúde mental, apesar de estarem expostos a uma importante quantidade de materiais e serviços de divulgação de temas em saúde mental, mantendo a dissociação entre o adoecimento e a busca efetiva de tratamento. A presença de patologia psiquiátrica conhecida prévia está associada a maior risco de exacerbação da sintomatologia durante a pandemia entre médicos<sup>26</sup>. As evidências, entretanto, ainda são limitadas frente ao curto tempo entre o início da pandemia e o momento atual.

Individualmente, entre os principais eixos de atividades que podemos tomar e recomendar, temos os itens elencados no Quadro 2, com destaque na promoção de saúde, seja física ou mental<sup>27</sup>. Entretanto, ações para cuidado e detecção precoce do adoecimento de médicos no ambiente de trabalho são essenciais (Quadro 3), em especial para permitir o diagnóstico precoce e o adequado seguimento, evitando o abandono de tratamento e o autotratamento.

Uma medida potencial, simples e efetiva é a criação de núcleos de atendimento e de apoio médico psiquiátrico e psicológico aos profissionais da saúde. Já há experiência relatada na literatura, com mais de 10 anos de suporte através de ambulatório didático para internos no contexto de um hospital-escola. A partir dessa vivência, além do cuidado dos profissionais/pacientes, os internos aprendem e podem refletir sobre as histórias que conhecem.

A intervenção terapêutica deve ser imediata, pelo risco de suicídio, como já ocorreram casos de profissionais da saúde nessa pandemia em várias partes do mundo. Daí a importância do diagnóstico precoce, quando os sintomas depressivos ainda são leves, para que o tratamento possa evitar a evolução do quadro para a depressão grave ou o suicídio, o que seria uma perda irreparável e extremamente traumática para toda a comunidade<sup>28</sup>.

Há pouca literatura sobre ações sistêmicas tomadas para a prevenção, diagnóstico precoce e prevenção do afastamento desses profissionais, tendo destaque iniciativas nacionais do Ministério da Saúde<sup>29</sup> e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)<sup>30</sup>, além de iniciativas de grupos de profissionais, como alguns colegas vinculados à Associação Mineira de Psiquiatria, uma afiliada da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), e a parceria entre a ABP e o Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde firmou parceria com a ABP para garantir atendimento psiquiátrico aos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que estão na linha de frente do combate à COVID-19. O Amazonas foi um dos primeiros estados atendidos, e o presidente da ABP informou que cerca de 900 mil profissionais do SUS vão receber questionários “para saber sobre a saúde mental deles, com a preocupação do tipo cuidando do cuidador”. A ABP apoia também outra



<sup>1</sup> Comissão de Atenção à Saúde Mental do Médico, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. <sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. <sup>3</sup> Faculdade de Medicina, Centro Universitário FMABC, Santo André, SP. <sup>4</sup> ABP, Rio de Janeiro, RJ. <sup>5</sup> Universidade do Porto, Porto, Portugal. <sup>6</sup> Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). <sup>7</sup> Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE (aposentada).

## Quadro 2 - Principais estratégias preventivas individuais baseadas nas orientações atuais do Ministério da Saúde e FIOCRUZ<sup>27</sup>

- Acolher e reconhecer seus medos como sendo naturais, bem como o choro em situações específicas, procurando pessoas de confiança para conversar;
- Resgatar instrumentos de cuidado para controle emocional que já deram certo no passado em situações críticas;
- Realizar atividades que ajudem na redução do nível de estresse agudo e com as quais se identifique;
- Garantir pausas sistemáticas durante o trabalho e entre os turnos, se possível em espaço relaxante;
- Caso seja estigmatizado por medo de contágio, compreenda que não é pessoal, mas fruto do medo e do estresse causado pela pandemia, e dessa forma procure ajuda de colegas de trabalho e supervisores que possam compartilhar das mesmas dificuldades, buscando soluções compartilhadas;
- Investir em ações compartilhadas de cuidado com seus pares;
- Continuar elaborando bons projetos de vida pessoal e profissional, adaptando-os às condições associadas à pandemia;
- Manter ativa a rede socioafetiva, estabelecendo contato frequente, mesmo que virtual, com familiares, amigos e colegas, entendendo que o distanciamento físico não implica em isolamento social;
- Evitar o uso do tabaco, álcool ou outras drogas, em especial como ferramenta para lidar com as emoções;
- Buscar um profissional de saúde mental (psicólogo e/ou psiquiatra) quando as estratégias utilizadas não estiverem sendo suficientes para a sua estabilização emocional;
- Buscar fontes confiáveis de informação, como o site da Organização Mundial da Saúde;
- Reduzir o tempo que passa assistindo noticiário fixado na pandemia;
- Compartilhar as ações e estratégias de cuidado e solidariedade, a fim de aumentar a sensação de pertença e conforto social;
- Estimular o espírito solidário e incentivar a participação da comunidade.

FIOCRUZ = Fundação Oswaldo Cruz.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/FIOCRUZ<sup>27</sup>.

## Quadro 3 - Principais síndromes, sintomas e diagnósticos relacionados à pandemia entre profissionais de saúde<sup>27</sup>

	Contexto associado	Sintomas mais comumente relatados	Diagnósticos mais associados
<b>Ansiedade</b>	Torna-se mais intensa com o passar do tempo, e o foco do estresse vai além da pandemia e compromete outros aspectos da vida familiar, conjugal e profissional	Insônia; pesadelos relacionados aos eventos traumáticos recentes; sensação de taquicardia; somatização de sintomas físicos, principalmente falta de ar, associados à contaminação por COVID-19; excesso de higienização que limite a realização de outras atividades necessárias ou provoque escoriação na pele	Transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno dissociativo
<b>Depressão</b>		Aumento da tristeza; deixar de ter interesse pelas atividades de que gostava; irritabilidade descontrolada; sensação de fadiga; desgaste emocional; insônia; pensamentos negativos; ideias de que não vale a pena viver	Depressão

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/FIOCRUZ<sup>27</sup>.

**ALEXANDRINA MELEIRO**  
**ARTHUR HIRSCHFELD DANILA**  
**EDUARDO DE CASTRO HUMES**  
**SERGIO BALDASSIN**  
**ANTÔNIO GERALDO DA SILVA**  
**EDMÉA FONTES OLIVA-COSTA**

sondagem sobre a saúde mental do povo brasileiro, para identificar se haverá modificação do padrão de incidência de transtornos mentais nesse período de pandemia<sup>18</sup>.

## CONCLUSÕES

Acreditamos que a reflexão profunda das instituições de saúde sobre o seu papel na promoção, manutenção e a criação de atividades e de programas de prevenção do sofrimento psíquico ou transtornos mentais identificados nos profissionais médicos contribuirá para o planejamento de melhores estratégias que preservem a saúde mental dos mesmos, com consequências positivas na saúde dessa população, de seus familiares e pacientes e, ainda, em saúde pública. Afinal, é indispensável reforçar que uma boa saúde mental dos médicos vai depender principalmente dos gestores de instituições de saúde que precisam priorizar e valorizar o “cuidado a quem cuida”.

Artigo submetido em 30/04/2021, aceito em 31/05/2021. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Edméa Oliva-Costa, Av. Pedro Calazans, 986, Bairro Getúlio Vargas, CEP 49055-520, Aracaju, SE. Tel.: (79) 981019414.

E-mail: edmeaoliva@abp.org.br

## Referências

1. Baldassin S. O desgaste no internato: o nascimento do *coping* de um médico. In: Guimarães KB. Saúde mental do médico e do estudante de medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 51-60.
2. Pacheco JP, Giacomini HT, Tam WW, Ribeiro TB, Arab C, Bezerra IM, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry*. 2017;39:369-78.
3. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316:2214-36.
4. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015;314:2373-83.
5. Rodrigues TM, Melo EV, Oliva-Costa EF. Prevalência da síndrome de Burnout e fatores associados entre médicos egressos de universidade pública brasileira. In: 17º Congresso da ISMA-BR. 2017. Anais do ISMA-BR. [www.ismabrasil.com.br/congressos/congresso-2017/trabalho](http://www.ismabrasil.com.br/congressos/congresso-2017/trabalho)
6. Duarte D, El-Hagrassy MM, Couto TC, Gurgel W, Fregni F, Correa H. Male and female physician suicidality: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020;77:587-97.
7. Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR, Crippa JA, Bolsoni LM, Sen S. Association between physician depressive symptoms and medical errors: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019;2:e1916097.
8. Williams R, Bisson J, Kemp V. Principles for responding to people's psychosocial and mental health needs after disasters [Internet]. The Royal College of Psychiatrists. 2014 Nov [cited 2020 Mar 31]. [www.apothecaries.org/wp-content/uploads/2019/02/OP94.pdf](http://www.apothecaries.org/wp-content/uploads/2019/02/OP94.pdf)
9. World Health Organization (WHO). Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected [Internet]. 2020 Mar 19 [cited 2021 Jun 10]. [www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](http://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)
10. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved with the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Front Psychiatry*. 2020;11:306.
11. Torjesen I. Covid-19: doctors need proper mental health support, says BMA. *BMJ*. 2020;369:m2192.
12. Shah N, Raheem A, Sideris M, Velauthar L, Saeed F. Mental health amongst obstetrics and gynaecology doctors during the COVID-19 pandemic: results of a UK-wide study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;253:90-4.

13. Rimmer A. Covid-19: two fifths of doctors say pandemic has worsened their mental health. *BMJ*. 2020;371:m4148.
14. Lazzerini M, Putoto G. COVID-19 in Italy: momentous decisions and many uncertainties. *Lancet Glob Health*. 2020;8:e641-2.
15. Rathod S, Pallikadavath S, Young AH, Graves L, Rahman MM, Brooks A, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic: protocol and results of first three weeks from an international cross-section survey - focus on health professionals. *J Affect Disord Rep*. 2020;1:100005.
16. Rimmer A. Covid-19: drop the hero narrative and support doctors' mental health, says charity. *BMJ*. 2021;372:n337.
17. Supporting the mental health of NHS staff. The role of NHS leaders in reducing mental health stigma and creating mentally healthy cultures [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 10]. [cdn.mentalhealthatwork.org.uk/wp-content/uploads/2021/02/02114357/BMA-Stigma-Resource-.pdf](https://cdn.mentalhealthatwork.org.uk/wp-content/uploads/2021/02/02114357/BMA-Stigma-Resource-.pdf)
18. da Silva AG, Miranda DM, Diaz AP, Telles AL, Malloy-Diniz LF, Palha AP. Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic. *Braz J Psychiatry*. 2020;42:229-31.
19. Mari J. O pior da pandemia se dará na saúde mental [Internet]. *Folha de São Paulo*. 2020 [cited 2020 Jun 08]. [www.folha.uol.com.br/opinia0/2020/05/o-pior-da-pandemia-se-dara-na-saude-mental.shtml](http://www.folha.uol.com.br/opinia0/2020/05/o-pior-da-pandemia-se-dara-na-saude-mental.shtml)
20. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 28]. [www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext)
21. Coluna Mundo. Médica da linha de frente contra coronavírus comete suicídio nos EUA [Internet]. *Folha de São Paulo*. 2020 [cited 2020 Jun 13]. [www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/04/medica-da-linha-de-frente-contra-coronavirus-comete-suicidio-nos-eua.shtml](http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/04/medica-da-linha-de-frente-contra-coronavirus-comete-suicidio-nos-eua.shtml)
22. Meleiro AM. Consequências do trabalho na saúde mental do médico: qual a realidade? In: Cordeiro Q, Razzouk D, Lima MG. Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde. São Paulo: CRMESP; 2016. p. 107-30.
23. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901-7.
24. De Boni RB, Balanzá-Martínez V, Mota JC, Cardoso TA, Ballester P, Atienza-Carbonell, B, et al. Depression, anxiety, and lifestyle among essential workers: a web survey from Brazil and Spain during the COVID-19 pandemic. *J Med Internet Res*. 2020;22:e22835.
25. Badahdah A, Khamis F, Al Mahyijari N, Al Balushi M, Al Hatmi H, Al Salmi I, et al. The mental health of health care workers in Oman during the COVID-19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry*. 2021;67:90-5.
26. Civantos AM, Bertelli A, Gonçalves A, Getzen E, Chang C, Long Q, et al. Mental health among head and neck surgeons in Brazil during the COVID-19 pandemic: a national study. *Am J Otolaryngol*. 2020;41:102694.
27. Ministério da Saúde, FIOCRUZ. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19 [Internet]. [cited 2020 Jun 15]. [www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-gerais.pdf](http://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-gerais.pdf)
28. Galbraith N, Boyda D, McFeeters D, Hassan T. The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bull*. 2021;45:93-7.
29. Salum GA, Rehmenklau JF, Csordas MC, Pereira FP, Castan JU, Ferreira AB, et al. Supporting people with severe mental health conditions during the COVID-19 pandemic: considerations for low- and middle-income countries using telehealth case management. *Braz J Psychiatry*. 2020;42:451-2.
30. Fukuti P, Uchôa CL, Mazzoco MF, Corchs F, Kamitsuji CS, De Rossi L, et al. How institutions can protect the mental health and psychosocial well-being of their healthcare workers in the current COVID-19 pandemic. *Clinics (Sao Paulo)*. 2020;75:e1963.

RAFAELA FERREIRA GUATIMOSIM  
ANA LUIZA SILVA TELES  
FABIANO FRANCA LOUREIRO  
LEONARDO BALDAÇARA  
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA  
DÉBORA MARQUES DE MIRANDA  
LEANDRO FERNANDES MALLOY-DINIZ

## O QUE SABEMOS SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES EM TEMPOS PANDÊMICOS? INSIGHTS BASEADOS EM TENDÊNCIAS DE BUSCA

### WHAT DO WE KNOW ABOUT VIOLENCE AGAINST WOMEN IN PANDEMIC TIMES? INSIGHTS BASED ON SEARCH TRENDS

#### Resumo

**Objetivo:** Mulheres têm sido associadas, desde o início da pandemia, com níveis mais elevados de *stress* e ansiedade. Esta breve comunicação visa avaliar a situação da violência doméstica contra a mulher no Brasil durante o isolamento social devido à pandemia da COVID-19.

**Métodos:** Extraímos dados do Google Trends mostrando a magnitude das pesquisas sobre os temas violência doméstica e denúncias de violência doméstica e depois comparamos com dados de relatórios de denúncias.

**Resultados:** As buscas no Google contendo esses termos aumentaram, enquanto as denúncias contra a violência doméstica diminuíram.

**Conclusão:** O crescimento das buscas sobre violência doméstica e queixas de violência doméstica indica a possibilidade de um aumento real desse tipo de violência no Brasil.

**Palavras-chave:** Violência doméstica, tendências de busca, COVID-19.

#### Abstract

**Objective:** Since the beginning of the pandemic, women have been associated with higher levels of stress and anxiety. This short communication aims to assess the situation of domestic violence against women in Brazil during social isolation caused by the COVID-19 pandemic.

**Methods:** We extracted data from Google Trends showing the magnitude of searches on the topics

domestic violence and reporting domestic violence and then compared with the data on actual reports of domestic violence.

**Results:** Searches on Google containing those terms have increased while the number of reports of domestic violence have decreased.

**Conclusion:** The increase in internet searches about domestic violence and how to report domestic violence indicates the possibility of a real rise in this type of violence in Brazil.

**Keywords:** Domestic violence, search trends, COVID-19.

#### INTRODUÇÃO

O sofrimento psicológico tem sido considerado entre os resultados mais importantes da pandemia de COVID-19<sup>1</sup>. Como apontado por Connor et al.<sup>2</sup>, disparidades de gênero nos riscos e consequências para a saúde provavelmente serão ampliadas durante a pandemia de COVID-19. As mulheres, desde o início da pandemia, têm sido associadas a um maior impacto psicológico e a níveis mais elevados de estresse, ansiedade e depressão, como demonstrado no estudo realizado por Wang et al.<sup>3</sup>. Há vários fatores que podem aumentar o impacto das pandemias na saúde mental da mulher, o que inclui desigualdades de gênero que fortalecem a sobrecarga de trabalho em casa e a violência de gênero<sup>4</sup>. Em uma recente revisão sistemática, Piquero et al.<sup>5</sup> analisou 37 estudos e descobriu que pelo menos 29 relataram uma associação estatisticamente significativa entre a

permanência na política de “fique em casa” e o aumento da violência doméstica. Nesse contexto, a Organização das Nações Unidas (ONU) alertou sobre esse problema, destacando a necessidade de promover estratégias de proteção para as mulheres<sup>6,7</sup>.

Essa situação é alarmante, uma vez que as vítimas de violência doméstica são frequentemente encontradas em situações pessoais imprevisíveis, que tornam quase impossível a tomada de medidas legais eficazes<sup>8</sup>. No estudo realizado por Artz<sup>8</sup>, no qual ela entrevistou 503 mulheres, foi demonstrado que o medo do perpetrador e a coerção para retirar ações legais foram fatores significativos que afetaram as decisões das mulheres de retornar ao tribunal. Artz<sup>8</sup> também informa que dos milhares de mulheres que iniciam o processo de obtenção de ordens de proteção nos EUA, menos da metade retorna ao tribunal para obter os pedidos finais.

Para melhor examinar o cenário brasileiro em relação à situação da mulher, foi utilizado o Google Trends, uma ferramenta de acesso livre, que já foi utilizada por diversas pesquisas científicas<sup>9-11</sup>. No estudo conduzido por Vosen & Schmidt<sup>11</sup>, as tendências de busca do Google provaram ser melhores do que os indicadores convencionais baseados em questionários em quase todos os experimentos realizados em pesquisas relacionadas ao consumo. Na revisão sistemática de Tsao et al.<sup>10</sup>, foi mostrado que as pesquisas do Google Trends de 2 semanas antes podem ser usadas para modelar o número de casos de COVID-19. Há evidências de que a ferramenta é útil para abordar fenômenos relacionados à saúde e é até mesmo reconhecida como promissora pelo Instituto de Medicina, de forma a complementar as pesquisas e descobertas atuais<sup>9</sup>. Além disso, os dados possibilitados pelo Trends fornecem informações relevantes sobre o comportamento da população, já que as tendências da pesquisa podem expor e ajudar a prever os fenômenos sociais<sup>9,11</sup>. Esse aspecto preditivo também é útil, uma vez que os comportamentos verificados podem reaparecer no futuro sob condições ou contingências similares.

Tal cenário destaca a urgência desta comunicação breve sobre violência doméstica contra a mulher e serve como um incentivo para que políticas públicas sejam criadas e/ou reforçadas, a fim de elaborar mecanismos de prevenção e cuidado para as vítimas. Nosso estudo

visa investigar mais a fundo as tendências da pesquisa, a fim de melhor examinar e abordar a violência doméstica em um contexto pandêmico.

## MÉTODO

Em 28 de fevereiro de 2021, foram divulgados dados do Google Trends em comemoração ao Dia Internacional da Mulher. Optamos por pesquisar termos em português relacionados a temas de violência contra a mulher. Fizemos o *download* dos dados para as seguintes entradas de pesquisa: [como denunciar + violência doméstica] e [violência doméstica] no dia 05/04/2021. Os dados coletados no Brasil foram de 2004 a 2021, sem especificar a categoria da consulta.

O Google Trends é uma ferramenta que fornece dados de interesse de busca em relação a seu ponto mais alto. O valor de 100 representa o pico de popularidade do termo. Isso significa que os dados são indexados de modo que 100 representa o maior interesse de pesquisa, e as pontuações adicionais são feitas proporcionalmente em relação ao ponto máximo. Descrevemos as frequências de interesse de pesquisa anualmente ao longo do tempo, e depois comparamos os dados de tendências de pesquisa com os relatórios sobre crimes contra a mulher do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP)<sup>12</sup>.

## RESULTADOS

No Brasil, em 2020, o número de buscas por como denunciar + violência doméstica atingiu o seu ponto mais alto nos últimos 17 anos, assim como o interesse pela violência doméstica, que também atingiu seu ponto mais alto nos últimos 11 anos<sup>13</sup>.

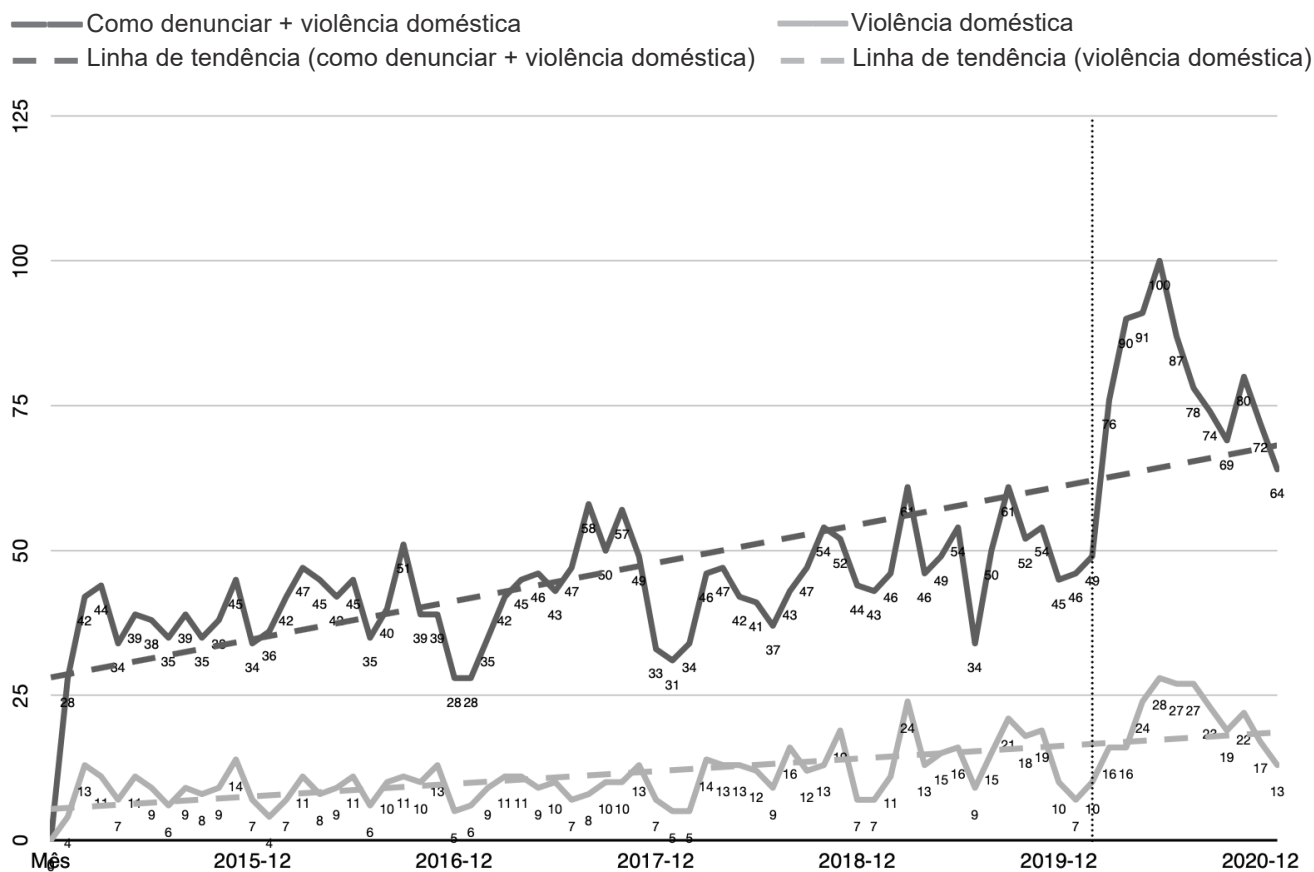
O auge do interesse de busca de como denunciar violência doméstica foi atingido em março de 2020, o primeiro mês de extensas medidas de distanciamento social na maioria dos estados do Brasil. Também é digno de nota o resultado de maio do mesmo ano, quando um total de 98 foi alcançado. O ponto mais alto de interesse de busca por violência doméstica foi alcançado em julho de 2020, quando um total de 28 foi registrado.

A Figura 1 exibe os dados do Google Trends sobre o interesse de busca pelos termos violência doméstica e como denunciar + violência doméstica no Brasil de 01/03/2015 a 04/05/2021. A linha pontilhada marca o mês de fevereiro, o mês em que o início da Emergência

# COMUNICAÇÃO BREVE

RAFAELA FERREIRA GUATIMOSIM  
ANA LUIZA SILVA TELES  
FABIANO FRANCA LOUREIRO  
LEONARDO BALDAÇARA  
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA  
DÉBORA MARQUES DE MIRANDA  
LEANDRO FERNANDES MALLOY-DINIZ

# COMUNICAÇÃO



**Figura 1** - O gráfico mostra duas curvas: a de denúncia + violência doméstica e a de violência doméstica. Também exibe a linha de tendência de cada uma dessas curvas. É apresentada uma linha pontilhada que marca o momento em que foi declarado no Brasil o estado de pandemia.

de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) foi demarcado no país como resultado da COVID-19, declarada através da Portaria nº 188/GM/MS.

## Discussão

Esses dados mostram um interesse maior em como denunciar do que na busca de o que é violência doméstica. Revelam também um aumento nas buscas sobre violência doméstica e contrastam com os dados coletados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), que declaram uma redução em uma série de crimes contra a mulher<sup>12</sup>.

Segundo a FBSP, o crime de lesão corporal teve uma redução em quase todos os estados brasileiros, mostrando uma queda de 9,9% quando se compara o primeiro semestre de 2020 com o de 2019. Houve também uma redução dos crimes de ameaça em 15,8%. Os registros de estupro caíram 23,8% no mesmo período. Entretanto, em contraste com os outros dados apresentados, o feminicídio teve um aumento de 1,9% no mesmo período. Outro dado que chama a atenção é o aumento de 3,8% no número total de chamadas para 190 registradas sob a natureza da violência doméstica no primeiro semestre, quando comparado com o de 2019.

A isso devemos acrescentar que, como declarado por Artz<sup>8</sup>, a denúncia de violência doméstica pode ter um efeito *boomerang*, em que procurar ajuda amplifica comportamentos ameaçadores por parte do agressor. Artz<sup>8</sup> explica que, ao contrário da maioria dos tipos de crime, o perpetrador é motivado a retaliar quando a vítima procura ajuda jurídica. No entanto, as vítimas precisam ser conscientizadas de que a intensidade e a brutalidade da violência doméstica aumentam com o tempo e o abuso psicológico e mental se transforma em violência física<sup>8</sup>.

Dado este quadro complexo, no qual a busca por denúncias está aumentando e os registros de violência estão diminuindo, torna-se evidente a necessidade de atenção à situação em que as mulheres brasileiras se encontram. Embora as medidas de isolamento social sejam extremamente importantes e necessárias para a gestão da pandemia, as recomendações de ficar em casa reforçaram a convivência com os agressores potenciais, como foi relatado por vários estudos<sup>5</sup>. Além de limitar o seu acesso às redes de proteção, as restrições de viagem têm impedido e/ou dificultado a saída das vítimas do ambiente violento, bem como, em muitos casos, impedindo-as de ter acesso a familiares, abrigos, casas de abrigo temporário e hotéis. Ademais, diante do atual período estressante, há uma tendência de agravamento das tensões familiares, especialmente naqueles com histórico de violência doméstica recorrente, que se tornam ainda mais propensos a tais situações<sup>14</sup>.

Destacamos também um fato importante: em 2020, a taxa de desemprego no país aumentou substancialmente, e a taxa de desemprego entre as mulheres foi de 16,4% no último trimestre do ano, de acordo com os dados do IBGE<sup>15</sup>, o que acaba refletindo em outros problemas, como a dependência econômica e, com isso, uma maior vulnerabilidade ao agressor. Além disso, durante a pandemia, muitas mulheres acabaram ficando sobrecarregadas devido ao acúmulo de tarefas, tanto entre as mulheres com emprego remunerado quanto entre as que não o têm, que também acabam acumulando mais carga de trabalho doméstico e cuidando de outras pessoas, como crianças e familiares<sup>16</sup>.

De acordo com Dang & Viet Nguyen<sup>17</sup>, a pandemia de COVID-19 aumentou a diferença de gênero no mercado de trabalho, uma vez que muitas mulheres

ficaram desempregadas e tiveram uma redução de renda esperada em comparação com os homens. As mulheres em vulnerabilidade financeira são mais propensas a serem vítimas de violência do parceiro (Pereira & Gaspar)<sup>18</sup>, e os autores podem supor que, nesses cenários de dependência financeira, a denúncia de violência doméstica às autoridades se torna menos provável.

Há um cenário em que o feminicídio (um crime que é mais difícil de esconder) aumentou, assim como as chamadas à polícia e as pesquisas sobre como denunciá-lo, enquanto os registros de vários crimes associados à violência doméstica diminuiriam<sup>11</sup>. Ainda, há também o fato de um aumento global dos crimes de violência doméstica associados à pandemia ter sido relatado pela ONU<sup>6,7</sup>. A partir desse cenário, especula-se que o isolamento social contribui para a subnotificação das estatísticas e que as mulheres estão enfrentando maiores dificuldades para fazer denúncias e acessar serviços especializados para mulheres. Essa hipótese destaca a necessidade de mais pesquisas sobre o contexto atual, no qual as mulheres brasileiras se encontram, e de mais apoio para tornar possível a apresentação de denúncias.

Este estudo apresenta algumas limitações importantes. Os dados de diferentes fontes foram cruzados, o que já pode levar a enviesamentos ou imprecisões na análise. Também reconhecemos que essas estatísticas envolvem variáveis diferentes, e atribuir um comportamento ou efeito a apenas uma dessas variáveis também gera imprecisões. Embora reconhecendo as possíveis falhas, ainda se aponta que a hipótese levantada a partir dos dados é alarmante. O objetivo desta breve comunicação é chamar a atenção para essa hipótese, que pelo simples fato de ser possível requer mais estudos.

Um dos pontos fortes do estudo consiste no fato de que existem dados indiretos que podem refletir uma abordagem menos suscetível à notificação. Portanto, os serviços de proteção às mulheres devem ser redirecionados para ações que possam ser eficazes mesmo remotamente, tais como campanhas que evidenciem a existência, importância e eficácia dos canais de denúncia: os números 180 e 100, estimulando a mulher a denunciar, assim como pessoas próximas a ela que vejam o que está acontecendo. Também é possível denunciar a violência através do aplicativo Proteja Brasil,

**RAFAELA FERREIRA GUATIMOSIM**  
**ANA LUIZA SILVA TELES**  
**FABIANO FRANCA LOUREIRO**  
**LEONARDO BALDAÇARA**  
**ANTÔNIO GERALDO DA SILVA**  
**DÉBORA MARQUES DE MIRANDA**  
**LEANDRO FERNANDES MALLOY-DINIZ**

desenvolvido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela então Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (hoje Ministério dos Direitos Humanos), o que permite não só fazer a denúncia diretamente através do aplicativo, mas também informar a localização dos órgãos de proteção nas principais capitais, além de conter também informações sobre as diferentes violações. Além disso, com base nas informações e números encontrados no Google Trends, também é importante divulgar os comportamentos que caracterizam a violência doméstica para um maior conhecimento da população, já que, com exceção da violência física e sexual, os demais podem se manifestar de forma muito sutil, já que não deixam marcas visíveis.

## CONCLUSÃO

Diante de um quadro em que o feminicídio aumentou, assim como as chamadas à polícia e as pesquisas sobre como denunciá-lo, enquanto os registros de vários crimes associados à violência doméstica diminuíram, destaca-se a necessidade de chamar a atenção às mulheres. A partir desse cenário, especula-se que o isolamento social contribui para a subnotificação das estatísticas de denúncia e que as mulheres estão enfrentando maiores dificuldades para fazer reclamações e acessar serviços especializados para elas. Tal hipótese reforça a necessidade de mais pesquisas sobre o contexto atual em que as mulheres brasileiras se encontram e de prestar assistência para tornar possível a apresentação de denúncias.

## Declarações

Este trabalho foi apoiado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS; SCON2020-00202) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; 401542/2020-3) em força tarefa com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dupla (ABIPD) e SAMBE Research Group.

Artigo submetido em 06/08/2021, aceito em 08/08/2021. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Rafaela Ferreira Guatimosim, Laboratório de Pesquisa em Neurociência Clínica, Universidade Federal de Minas Gerais, Rua Mares de Montanhas, nº 2035, CEP 34008-056, Vale dos Cristais, Nova Lima, MG. E-mail: rafaelaferreiraguatimosim@gmail.com

## Referências

1. da Silva AG, Miranda DM, Diaz AP, Teles AL, Malloy-Diniz LF, Palha AP. Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic. *Braz J Psychiatry*. 2020;42:229-31.
2. Connor J, Madhavan S, Mokashi M, Amanuel H, Johnson NR, Pace LE, et al. Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: a review. *Soc Sci Med*. 2020;266:113364.
3. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1729.
4. Souza AS, Souza GF, Praciano GA. Women's mental health in times of COVID-19. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020;20:659-61.
5. Piquero AR, Jennings WG, Jemison E, Kaukinen C, Knaul FM. Domestic violence during the COVID-19 pandemic - evidence from a systematic review and meta-analysis. *J Crim Justice*. 2021;74. doi: org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101806. Epub 2021 Mar 9.
6. Guterres A This is the moment to step up for the vulnerable [Internet]. 2020 Mar 23 [cited 2021 Apr 16]. [www.un.org/en/un-coronavirus-communications-team/moment-step-vulnerable](http://www.un.org/en/un-coronavirus-communications-team/moment-step-vulnerable)
7. United Nations Population Fund (UNFPA). COVID-19: a gender lens: protecting sexual and reproductive health and rights and promoting gender equality. New York: UNFPA; 2020
8. Artz L. Fear or failure? Why victims of domestic violence retract from the criminal justice process. *South African Crime Q*. 2011;37.
9. Nuti SV, Wayda B, Ranasinghe I, Wang S, Dreyer RP, Chen SI, et al. The use of google trends in



- health care research: a systematic review. *PLoS One*. 2014;9:e109583.
10. Tsao SF, Chen H, Tisseverasinghe T, Yang Y, Li L, Butt ZA. What social media told us in the time of COVID-19: a scoping review. *Lancet Digit Health*. 2021;3:e175-94.
  11. Vosen S, Schmidt T. Forecasting private consumption: survey-based indicators vs. Google trends. *Wiley Online Library*. 2011;6:565-78.
  12. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário brasileiro de segurança pública [Internet]. 2020 Oct 19 [cited 2021 Apr 16]. [forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/](http://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/)
  13. Google Trends. Dia internacional da mulher [Internet]. 2021 Feb 28 [cited 2021 Apr 16]. [trends.google.com.br/trends/story/BR\\_cu\\_Jmj4q3ABAACuQM\\_en](https://trends.google.com.br/trends/story/BR_cu_Jmj4q3ABAACuQM_en)
  14. Viero A, Barbara G, Montisci M, Kustermann K, Cattaneo C. Violence against women in the Covid-19 pandemic: a review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies. *Forensic Sci Int*. 2021;319:110650.
  15. Barros A. Compendium, 20 estados têm taxa média de desemprego recorde em 2020 [Internet]. 2021 Mar 10 [cited 2021 Apr 16]. [agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30235-com-pandemia-20-estados-tem-taxa-media-de-desemprego-recorde-em-2020](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30235-com-pandemia-20-estados-tem-taxa-media-de-desemprego-recorde-em-2020)
  16. Power K. The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustain Sci Pract Policy*. 2020;16:67-73.
  17. Dang HA, Viet Nguyen C. Gender inequality during the COVID-19 pandemic: income, expenditure, savings, and job loss [Internet]. [cited 2021 Jul 12]. [ftp.iza.org/dp13824.pdf](http://ftp.iza.org/dp13824.pdf)
  18. Pereira MU, Gaspar RS. Socioeconomic factors associated with reports of domestic violence in large Brazilian cities. *Front Public Health*. 2021;9:623185.

ANÚNCIO

ANÚNCIO

ANÚNCIO