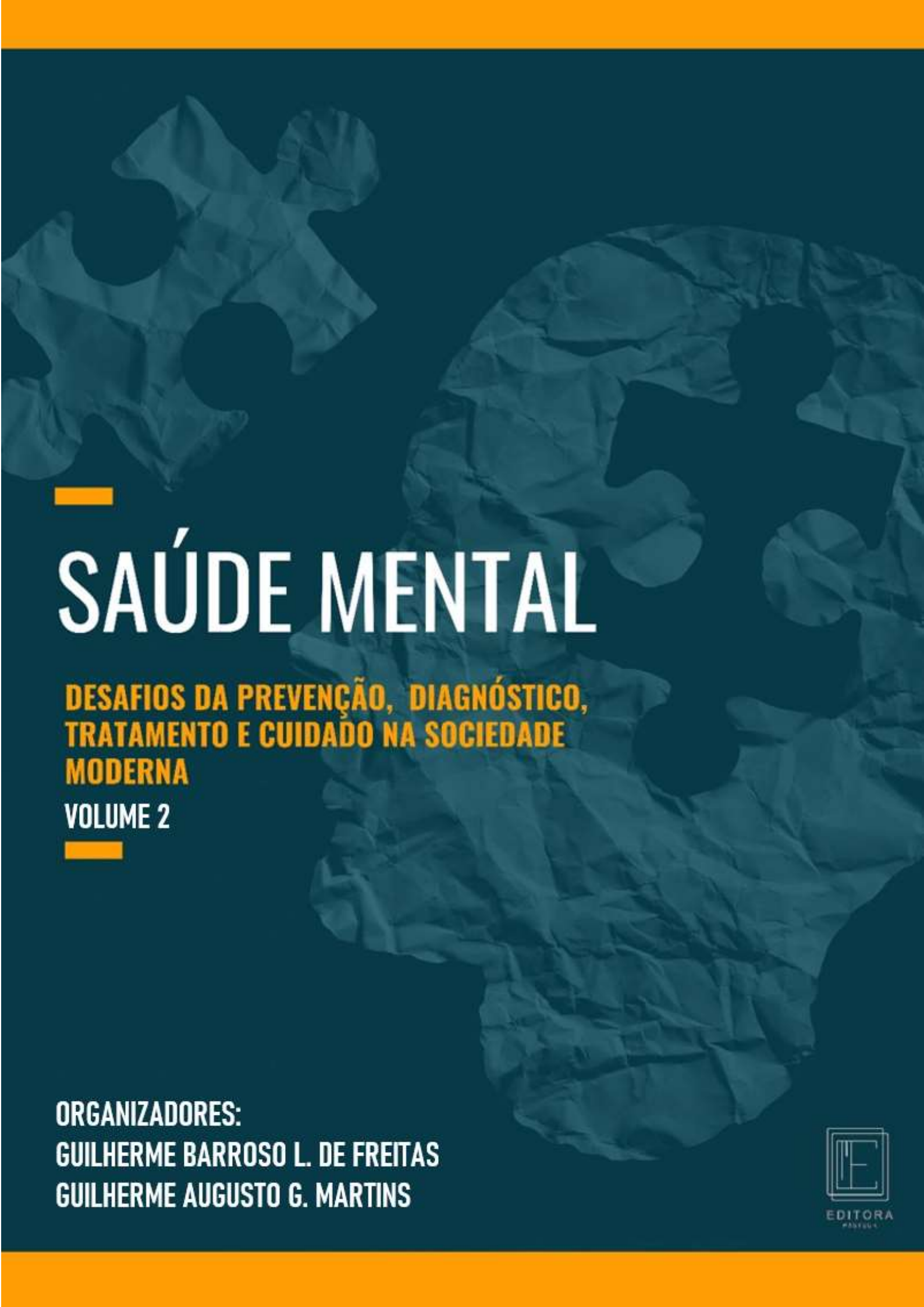


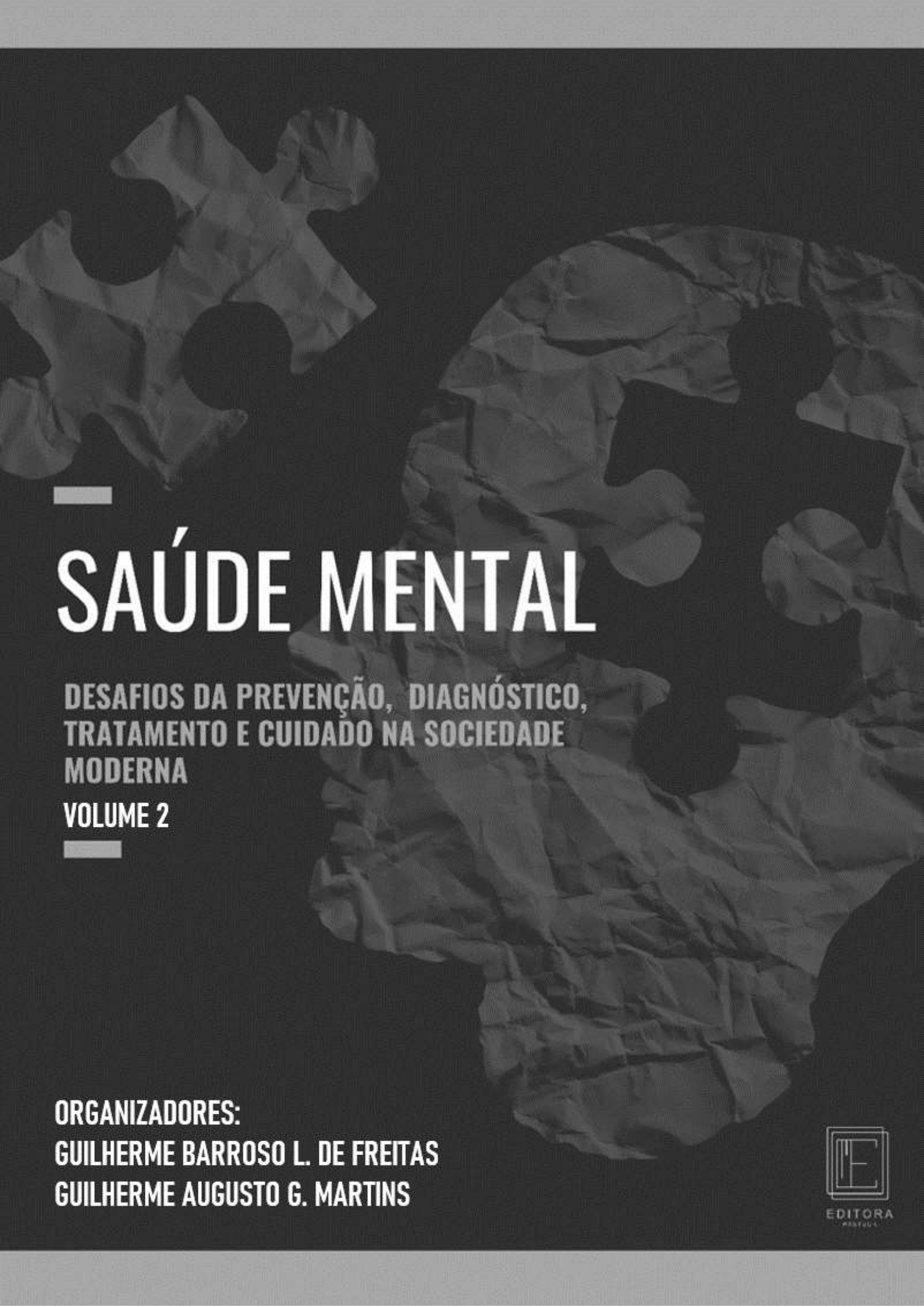


SAÚDE MENTAL

**DESAFIOS DA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO,
TRATAMENTO E CUIDADO NA SOCIEDADE
MODERNA**

VOLUME 2

ORGANIZADORES:
GUILHERME BARROSO L. DE FREITAS
GUILHERME AUGUSTO G. MARTINS



SAÚDE MENTAL

DESAFIOS DA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO,
TRATAMENTO E CUIDADO NA SOCIEDADE
MODERNA

VOLUME 2

ORGANIZADORES:
GUILHERME BARROSO L. DE FREITAS
GUILHERME AUGUSTO G. MARTINS

Editor Chefe:

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial:

Dr. Alaércio Aparecido de Oliveira

Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues

Bruna Milla Kaminski

Dr. Daniel Brustolin Ludwig

Dr. Durinézio José de Almeida

Dr. Everton Dias D'Andréa

Dr. Fábio Solon Tajra

Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior

Dra. Gabriela Dantas Carvalho

Dr. Geison Eduardo Cambri

MSc. Guilherme Augusto G. Martins

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Dra. Hanan Khaled Sleiman

MSc. Juliane Cristina de Almeida Paganini

Dr. Lucas Villas Boas Hoelz

MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira

Dra. Márcia Astrês Fernandes

Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli

Dr. Paulo Alex Bezerra Sales

MSc. Raul Sousa Andreza

MSc. Renan Monteiro do Nascimento

Dra. Teresa Leal

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Editora Pasteur, PR, Brasil)

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.

Saúde Mental / Guilherme Barroso Langoni de Freitas-
1 ed. 2 vol - Irati: Pasteur, 2021.

1 livro digital; 361 p.; il.

Modo de acesso: Internet

<https://doi.org/10.29327/534557>

ISBN: 978-65-86700-33-6

1. Medicina 2. Saúde Mental 3. Saúde Pública

I. Título.

PREFÁCIO

A Saúde Mental desde os primórdios tem despertado o interesse e questionamentos da humanidade. Em sua essência recebe a definição atribuída pela Organização Mundial de Saúde como sendo aquele estado de bem-estar no qual o indivíduo consegue perceber suas habilidades, administrar os estresses do dia a dia e trabalhar de forma produtiva contribuindo para a sociedade.

Para uma efetiva atenção em saúde mental se faz necessário o empenho de uma equipe multi e interdisciplinar, que atenda ao indivíduo, família e comunidade em sua integralidade, seja na esfera pública ou privada. Ademais, as políticas de saúde devem garantir a prevenção e o tratamento dos agravos de ordem psíquica dentro das condições mais humanizadoras possíveis. Sabe-se que a dor e o sofrimento das pessoas acometidas é real e impacta familiares, amigos e a sociedade.

O sofrimento mental tem ganhado notoriedade na atualidade pelo crescente número de pessoas em adoecimento frente à atual crise sanitária e econômica imposta pela infecção do Coronavírus SARS-CoV-2, configurando-se como um preocupante problema de saúde pública. Contudo, essas questões da mente não são novas, inclusive, dados apontam o Brasil como o país mais ansioso do mundo. Nessa perspectiva, devemos ampliar mais a discussão sobre a Saúde Mental, disciplina tão relevante para a saúde global do ser humano.

Frente a esses elementos, resolvemos dedicar este livro específico para a divulgação de estudos sobre a temática, a fim de contribuir para a ampliação dos conhecimentos, dirimir dúvidas, reduzir preconceitos e estigmas que circundam o tema. Acreditamos que, além de um veículo de divulgação de pesquisas, poderá incitar a reflexão crítica dos leitores sobre as questões abordadas, bem como estimular novas investigações.

Desejamos, assim, uma atenciosa e profícua leitura.

Dr^a. Márcia Astrês Fernandes

Pós-doutora pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP da Universidade de São Paulo-USP.
Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP da Universidade de São
Paulo-USP.

Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.
Membro do corpo editorial da Editora Pasteur.

SUMÁRIO

Capítulo 1

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO:
AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO CONTEXTO DE
PANDEMIA COVID-19..... 1

Capítulo 2

CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA FRENTE À PANDEMIA DE
COVID-19..... 11

Capítulo 3

SERVIÇO INTEGRADO DE ACOLHIDA TERAPÊUTICA
(SIAT): ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
DA UNIDADE SIAT II ARMÊNIA..... 20

Capítulo 4

ESTADO DE HUMOR E PRÁTICA DE ATIVIDADE
FÍSICA EM UNIVERSITÁRIOS 28

Capítulo 5

ANSIEDADE E SEUS REFLEXOS NA PANDEMIA..... 37

Capítulo 6

IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA SAÚDE
MENTAL DOS IDOSOS: UMA REVISÃO LITERÁRIA.....
.....43

Capítulo 7

O AGRAVAMENTO DA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS
DE PANDEMIA - COVID-19 - UMA REVISÃO 58

Capítulo 8

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DO DEFICIENTE
INTELLECTUAL EM ANÁPOLIS, GOIÁS 64

SUMÁRIO

Capítulo 9

ESCETAMINA: UMA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO REFRATÁRIA	76
---	----

Capítulo 10

UTILIZAÇÃO DE RECURSOS AUDIOVISUAIS NO ENSINO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	87
---	----

Capítulo 11

COMPREENSÃO DO DISTÚRBO PSICOSSOMÁTICO	94
---	----

Capítulo 12

ANOREXIA E BULIMIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	101
--	-----

Capítulo 13

TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DE HUMOR NA EPILEPSIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.....	109
--	-----

Capítulo 14

RELAÇÃO ENTRE A PRIVAÇÃO DE SONO E O RECONHECIMENTO DE EMOÇÕES	119
--	-----

Capítulo 15

DEPRESSÃO PÓS PARTO: UM DESAFIO DO PUERPÉRIO	127
--	-----

Capítulo 16

CANABIDIOL COMO POTENCIAL ANSIOLÍTICO NO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	138
---	-----



SUMÁRIO

Capítulo 17

EFEITO WERTHER E A INFLUÊNCIA DA MÍDIA SOBRE O SUICÍDIO COPIADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA144

Capítulo 18

COVID-19 E O REFLEXO DO AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE SUICÍDIOS EM 2020 150

Capítulo 19

TRIAGEM PARA TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA A PARTIR DA APLICAÇÃO DO *SELF-REPORT QUESTIONNAIRE 20* (SRQ-20) 161

Capítulo 20

ARTEFATO EDUCATIVO: BOAS PRÁTICAS EM UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE MENTAL DE USUÁRIOS DE DROGAS EM TRATAMENTOS 174

Capítulo 21

O IMPACTO DA AIDS NA SAÚDE MENTAL: REVISÃO DE LITERATURA 179

Capítulo 22

USO DA CETAMINA NO PROGNÓSTICO DA DEPRESSÃO MAIOR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA 188

Capítulo 23

SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO LGBTQIA+: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS E RECOMENDAÇÕES ATUAIS 196

Capítulo 24

A PANDEMIA DE COVID-19 E OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS 213



SUMÁRIO

Capítulo 25

COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E SUA RELAÇÃO
COM OS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS 223

Capítulo 26

SINAIS E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM
ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA DE UMA
FACULDADE PRIVADA DO INTERIOR DE GOIÁS... 229

Capítulo 27

ELETROCONVULSOTERAPIA 243

Capítulo 28

ABORDAGEM DO COMPORTAMENTO SUICIDA..... 252

Capítulo 29

MÚSICA COMO TRATAMENTO AUXILIAR NO
TRANSTORNO DE ANSIEDADE..... 265

Capítulo 30

SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
EM TEMPOS DE COVID-19: A VISÃO DA PEDIATRIA E
ORIENTAÇÕES 271

Capítulo 31

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE NA PEDIATRIA 277

Capítulo 32

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM PORTADOR DE
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DE DIFÍCIL CONTROLE
..... 286



SUMÁRIO

Capítulo 33

O USO DA INTERNET E SUAS TECNOLOGIAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 E AS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DOS INDIVÍDUOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA..... 293

Capítulo 34

DISFUNÇÃO SEXUAL COMO EFEITO ADVERSO DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS À BASE DE CLORIDRATO DE FLUOXETINA 307

Capítulo 35

DEPRESSÃO PUERPERAL: CONHECER PARA INTERVIR 313

Capítulo 36

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA PELA COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA..... 322

Capítulo 37

TELEPSIQUIATRIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE CORONAVÍRUS 337

Capítulo 38

RELAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS MENTAIS 350



CAPÍTULO 1

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

*Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; COVID-19;
Avaliação Epidemiológica*

GABRIELA SAMPAIO LIMA ARAÚJO¹
MARIA MARIANA AGUIAR DOMINGOS¹
ANA PAULA DINIZ GONÇALVES DRUMOND²
HAHNEMANN SILVEIRA ARRUDA³
GIOVANNA CUNHA SOARES⁴

1. Discente do curso de Medicina do 11º período da Faculdade de Minas de Belo Horizonte (FAMINAS-BH).

2. Discente do curso de Medicina do 10º período da Faculdade de Minas de Belo Horizonte (FAMINAS-BH).

3. Discente do curso de Medicina do 7º período da Faculdade de Minas de Belo Horizonte (FAMINAS-BH).

4. Discente do curso de Medicina do 4º período da Faculdade de Minas de Belo Horizonte (FAMINAS-BH).

INTRODUÇÃO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é definido pelo 5º Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) como reação a uma situação ou evento estressante, excepcionalmente ameaçadora ou catastrófico. O diagnóstico é clínico a partir da presença de sintomas de revivência do evento traumático, esquivo de estímulos relacionados ao trauma e excitabilidade elevada por pelo menos um mês. A partir deste conceito e da descrição da fisiopatologia do quadro, torna-se claro que uma conjuntura permeada por instabilidade social sobretudo a âmbito global, pode ser um fator que possa influenciar na epidemiologia do TEPT (SBARDELLOTO *et al.*, 2011).

Sendo assim, a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19 vai muito além de todos os sintomas físicos decorrentes de sua virulência e mecanismo de atuação no organismo humano. As mudanças ocasionadas pela disseminação do referido vírus, fez ele ser apontado a nível mundial por estudos como sendo um fator estressor, potencial causador de impactos na saúde mental. As consequências psíquicas da pandemia culminaram no desenvolvimento e/ou intensificação de sinais e sintomas psiquiátricos em diversas populações, desde profissionais de linha de frente a universitários e crianças, sobretudo nas regiões com maior número de acometidos. Uma vez que perturbações na saúde mental são fatores de risco no desenvolvimento de TEPT, é evidente que há uma relação entre esse transtorno e as consequências sociais ocasionadas pela COVID-19 (GALEA, *et al.*, 2020).

O elo é consequência da pandemia, do isolamento social que culminou no “*home office*”, aulas na modalidade de educação a distância (EAD), maior tempo de convivência entre residentes do mesmo lar, coabitação do ambiente de descanso e repouso com atividades profissionais e escolares e alterações nas modo de interações sociais. Somados a isso, ocorreram mudanças econômicas nacionais e individuais, medo do desconhecido, da doença em si e eventual perda de entes queridos, dentre outras implicações individuais, que, juntamente, puderam influenciar a epidemiologia dos distúrbios mentais (GALEA, *et al.*, 2020).

Desse modo, o objetivo do estudo foi verificar a relação entre as mudanças trazidas pela COVID-19 e a epidemiologia de TEPT.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada no período de março e abril de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados SciELO, PubMed, Google Acadêmico e UpToDate. Foram utilizados os descritores “*post-traumatic stress*”, “*COVID-19*”, “*mental health*”, com auxílio do operador booleanos “AND”. Desta busca foram encontrados 324 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas Inglês e Português; publicados no período de 2011 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, protocolos e websites, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 14 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando a definição de TEPT, A relação entre COVID-19 e TEPT e Análise epidemiológica da pandemia pela COVID-19 e o TEPT.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trauma envolve eventos que representam uma ameaça significativa, seja ela física, emocional ou psicológica, para a segurança da vítima ou familiares e amigos, que se manifestam de forma opressora e chocante, capaz de desencadear alterações psicofisiológicas que prejudicam a vida daquele indivíduo. Uma série de fatores de risco, como idade, gravidade, duração e disponibilidade de suporte, podem afetar diretamente a possibilidade de remissão dessas reações. Se persistirem, eles podem atender aos critérios diagnósticos de TEPT (COURTOIS *et al.*, 2017).

De acordo com o DSM-V (2014), o TEPT é caracterizado por um conjunto de sintomas que se manifesta após a exposição a um evento estressor traumático, incluindo revivência persistente, embotamento relacionado à responsividade geral, esquiva e excitabilidade aumentada. Para ele, evento traumático é caracterizado por exposição ou ameaçada de morte, grave ferimento ou abuso sexual em uma ou mais das seguintes maneiras: (1) experienciando o evento ela mesma; (2) assistindo o evento ocorrendo com outros; (3) recebendo a notícia de que o evento ocorreu com alguém próximo e envolveu morte ou ameaça, de forma violenta ou acidental; (4) experienciando o evento de

forma repetida ou de maneira extrema, não incluindo exposições via mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que essa exposição esteja relacionada com o trabalho (SBARDELLOTO *et al.*, 2011).

Uma fração significativa dos sobreviventes de experiências traumáticas irá desenvolver uma constelação aguda de sintomas de TEPT, que pode ser dividida em três grupos: revivescência do trauma, esquiva/entorpecimento emocional e hiperestimulação autonômica. O TEPT é diagnosticado se esses sintomas persistirem por mais de 1 mês após a ocorrência do trauma e se resultam em comprometimento social e ocupacional significativos (Tabela 1.1). Não pode ser diagnosticado no primeiro mês após o evento traumático, que seria considerado como reação aguda ao estresse, e não mais de 2 anos após o evento, definido como modificações duradouras da personalidade (SANTOS, 2020).

De acordo com o *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder*, cerca de 7 ou 8 em cada 100 pessoas terão TEPT em algum momento de suas vidas. As mulheres são mais propensas a desenvolver do que os homens, e os genes podem tornar algumas pessoas mais propensas a desenvolver esse distúrbio do que outras (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2019). Alguns indivíduos e populações que apresentam alguma comorbidade ou fator de risco, como uso e abuso de substâncias, depressão, ansiedade, dissociação e transtornos dissociativos, transtornos de personalidade, psicose, prejuízo cognitivo, violência em relação a si mesmo e aos outros, aumento do risco de autolesão não suicida e de suicídio, aparecem com mais frequência ao diagnóstico de TEPT. Os impactos psicossociais também

Tabela 1.1. Critérios Diagnósticos do TEPT

Critérios	Sintomas
Intrusão (≥ 1 dos seguintes)	- Ter memórias recorrentes, involuntárias, intrusivas e/ou perturbadoras; - Ter sonhos perturbadores recorrentes, como pesadelos, referente ao evento; - Agir ou sentir como se o evento estivesse acontecendo de novo, desde flashbacks até perda total de consciência do ambiente atual; - Sentir sofrimento psicológico ou fisiológico intenso ao lembrar o evento (por exemplo: aniversários do evento, sons semelhantes àqueles ouvidos durante o evento).
Esquiva (≥ 1 dos seguintes)	- Evitar lembranças internas como: pensamentos e sentimentos; - Evitar lembranças externas como: lugares e conversas.
Efeitos negativos sobre a cognição e o humor (≥ 2 dos seguintes)	- Perda de memória para partes significativas do evento (amnésia dissociativa); - Convicções ou expectativas negativas persistentes e exageradas sobre si mesmo, outros ou o mundo; - Pensamentos distorcidos persistentes sobre a causa ou consequências do trauma que levam a culpar a si mesmo ou outros; - Estado emocional negativo persistente, como: medo, horror, raiva, culpa, vergonha; - Diminuição acentuada do interesse ou participação em atividades significativas; - Sensação de distanciamento ou estranhamento em relação a outras pessoas; - Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas, como: felicidade, satisfação, sentimentos amorosos.
Reatividade e excitação alteradas (≥ 2 dos seguintes)	- Dificuldade para dormir; - Irritabilidade ou explosões exacerbadas; - Comportamento imprudente ou autodestrutivo; - Problemas de concentração; - Maior resposta de sobressalto; - Hipervigilância.

se fazem importantes, como falta de moradia, pobreza e encarceramento (COURTOIS *et al.*, 2017).

A partir da investigação neurobiológica desse transtorno, é possível identificar que a exposição crônica ao estresse gera hiperativação do Sistema Nervoso Simpático, aumentando os níveis de adrenalina e noradrenalina, além de diminuir o hormônio adrenocorticotrófico, ocasionado pelo aumento no feedback negativo induzido pelo cortisol (SANTOS, 2020).

Visando todo esse cenário, as principais intervenções terapêuticas para o TEPT abrangem o uso de psicofármacos e psicoterapias (CHAIR *et al.*, 2017). A psicoterapia é considerada tratamento de primeira linha para distúrbios relacionados ao estresse, e compreendem diversas maneiras de abordagem, sendo elas (CALEGARO & COSTA, 2015):

- I. **Terapia de Exposição:** feita por meio da exposição às situações que a pessoa evita por precipitarem recordações do trauma. A exposição fantasiosa repetida à própria experiência traumática geralmente diminui a angústia depois de um aumento inicial no desconforto. Dessensibilização e reproprocessamento do movimento ocular (DRMO) é uma forma de terapia de exposição, mas pacientes são convidados a seguir o dedo em movimento do terapeuta enquanto imaginam serem expostos ao trauma.

II. Reestruturação cognitiva: ajuda as pessoas a entender as lembranças ruins. Às vezes, as pessoas se lembram do evento de forma diferente de como aconteceu. Eles podem sentir culpa ou vergonha por algo que não é culpa deles. O terapeuta ajuda as pessoas com PTSD a ver o que aconteceu de maneira realista.

Como a ansiedade é, muitas vezes, manifestada de forma intensa, a psicoterapia de suporte desempenha um papel importante. Os terapeutas devem ser francamente empáticos e compreensivos, admitindo e reconhecendo o sofrimento psíquico dos pacientes e a realidade dos eventos traumáticos. No início do tratamento, muitos pacientes precisam aprender como relaxar e controlar a ansiedade, podendo se dar através de plena atenção, exercícios respiratórios e/ou ioga, por exemplo, antes que consigam enfrentar a exposição que tende a ser o foco do tratamento do TEPT (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2019).

Os Inibidores da Recaptação de Serotonina (ISRS), como Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina e Venlafaxina são medicamentos prescritos para o tratamento desse distúrbio, por serem capazes de reduzir a ansiedade e/ou depressão. Prazosina parece útil para reduzir pesadelos. Estabilizadores de humor e antipsicóticos atípicos são às vezes prescritos, mas há poucos dados que suportam sua utilização (COURTOIS *et al.*, 2017).

A relação entre COVID-19 e TEPT

Em dezembro de 2019 a cidade de Wuhan, na província de Hubei na China

apresentou diversos casos de uma nova doença respiratória. Após alguns testes laboratoriais foi confirmado que as infecções foram causadas por um novo coronavírus chamado SARS-CoV-2, enquanto a doença causada por este vírus seria a famigerada COVID-19. Desde então, grandes cidades começaram a ser tomadas, nações entraram em *lockdown* e medidas extremamente rígidas foram impostas, contudo, não conseguiu impedir com que a infecção viral fosse disseminada para o mundo. A Tailândia foi o primeiro país a apresentar infecção fora da China. No dia 16 de janeiro de 2020, o Japão também relatou seu primeiro caso. A partir daí, a Coreia do Sul, Singapura e todos os outros países do mundo, passaram enfrentar paulatinamente os desafios advindos do rápido contágio de humano para humano decorrente do alastramento do vírus (SANTOSH *et al.*, 2020).

Etimologicamente SARS-CoV-2, do inglês “*Severe Acute Respiratory Syndrome*” ou Síndrome Respiratória Aguda Grave é desencadeada pelo coronavírus (COVID-19), que possui o prefixo “corona” significando coroa em latim que faz referência à estrutura morfológica do vírus, e o número 19 é referente ao ano de 2019. No dia 11/03/2020, o surto epidemiológico já atingia 115 países e, por essa razão, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom elevou o estágio da contaminação para uma “pandemia”.

O surto infeccioso exigiu que diversos países adotassem medidas para tentar conter a disseminação do vírus, sendo a quarentena uma ferramenta fundamental utilizada para alcançar esse objetivo. Além dos sofrimentos físicos, as consequências desta quarentena sobre a saúde mental e o bem-estar a nível individual e populacional são inúmeros.

Comprovadamente, a COVID-19 pode causar danos ao sistema nervoso e ao sistema imunológico, sendo considerado uma emergência de saúde pública com risco de vida, além de ser uma doença potencialmente grave para causar ou agravar o TEPT (DUBEY *et al.*, 2020).

As emoções negativas vivenciadas pelos pacientes traumatizados, como o medo, a tristeza e a raiva, podem fazer com que eles adotem a avaliação negativa como forma de lidar com esses tipos de eventos, podendo levar ao TEPT. Isso pode ocorrer porque as pessoas temem lesões e morte, especialmente em situações inesperadas e despreparadas, que podem criar pânico, medo e tensão. Como os eventos são inesperados, as pessoas ficam confusas sobre sua situação atual e terão incerteza sobre seu futuro. Além disso, esse tipo de sentimento pode causar sofrimento psicológico nas pessoas, o que resultaria em um enorme estresse psicológico agravando os sintomas de TEPT. Portanto, o sofrimento psicológico é um preditor de TEPT (SANTOS, 2020).

Pessoas em sofrimento psicológico, como na Pandemia, tendo que ficar restritas ao lar, impossibilitadas de estabelecer vínculos pessoais, se mantendo longe de familiares e sendo inseridos em uma nova rotina, são mais propensos a se envolver em estratégias de enfrentamento negativas, que acabam por levar ao TEPT. Além disso, as experiências traumáticas de presenciar notícias de altos números de morte e perda de entes queridos, por exemplo, fazem com que as pessoas experimentem mais emoções negativas, o que por sua vez também resulta em TEPT (DUBEY *et al.*, 2020).

O estresse é uma resposta do organismo para uma resposta rápida ao ambiente “luta ou fuga”. Vários sistemas se

intercalam no balanço dessa atividade. O sistema hipotálamo-hipofisário-supra-renal (HHS) juntamente com o sistema locus coeruleus-noradrenalina (LC-NA) realizam o estímulo da atenção e vigília, o que promove um aumento da função do Sistema Nervoso Simpático proporcionando uma elevação da frequência cardíaca, inibição de liberação de insulina, entre outros. Além disso, ocorre liberação do hormônio liberador de corticotrofina (CRH) pelo sistema HHS em situações de estresse, que, atravessando a circulação porta hipofisária, secreta o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), responsável por estimular a liberação de cortisol. Sua ligação nos receptores do hipotálamo e hipocampo atua inibindo o eixo HHS e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA).

Achados científicos recentes sugerem que o HPA é sensível a alterações externas. Este fator é determinante na associação mente-ambiente. Enquanto a amígdala, ligada ao processamento da informação emocional e mediada pelo núcleo amigdalóide central e medial, ativa o eixo HPA, o hipocampo e o córtex pré-frontal são inibidores do eixo. E por estarem vinculados à dissipação de estresse diminuindo o cortisol.

Pacientes com TEPT possuem uma disfunção do eixo HPA. Entre os fatores observados estão o aumento de norepinefrina, dopamina e cortisol em relação aos níveis normais. No entanto, essa característica costuma desaparecer com o tempo, conforme ocorre um afastamento com o evento traumático.

Análise epidemiológica da pandemia pela COVID-19 e o TEPT

Diante da fisiopatologia do TEPT e da COVID-19, torna-se claro o elo existente

entre ambos, associação consequente das mudanças, a nível global, ocasionadas pela corrente pandemia. O vírus em questão, justamente pela alta taxa de multiplicação e virulência, levou as entidades nacionais e internacionais a incentivarem medidas de isolamento domiciliar na tentativa de contê-lo. Os impactos desta conjuntura, no que tange à saúde mental, são aumentos expressivos de sentimentos de medo, ansiedade, insônia e estresse permanente, de acordo com as pesquisas elencadas a seguir.

Entre os dias 27 e 31 de março de 2020 foi realizado um estudo, aprovado pela Universidade de L'Aquila e publicado pela JAMA (ROSSI *et al.*, 2020), com o objetivo de avaliar a saúde mental de profissionais atuantes na linha de frente no combate ao coronavírus na Itália. Com uma amostra de 691 participantes, a pesquisa feita por meio de um questionário online, evidenciou que 49,38% apresentaram sintomas de TEPT, dos quais 24,73% relataram depressão, 19,8% ansiedade e 8,27% sintomas de insônia, sendo estes quadros fatores de risco para TEPT.

Outro estudo (JANIRI *et al.*, 2021), feito também na Itália, analisou pessoas que conseguiram se recuperar da COVID-19. A pesquisa, realizada pela Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e publicada pela revista Jama Psychiatry, em fevereiro de 2021, apurou 381 pacientes recuperados da infecção e concluiu que 30,2% deles apresentaram TEPT, sendo que 81,1% desses indivíduos foram hospitalizados durante a fase aguda da COVID-19. A análise realizada 30 a 120 dias após a recuperação dos pacientes associou características como o sexo feminino, histórico de transtornos psiquiátricos e sinais de delírio e agitação durante a fase aguda da doença e, mesmo com uma amostra

relativamente pequena, foi capaz de mostrar o transtorno como uma consequência da doença do coronavírus e da pandemia causada por ela.

Outra pesquisa, também realizada pela JAMA (XIANG *et al.*, 2020) evidenciou que 18,4% dos profissionais da linha de frente apresentavam baixa qualidade do sono, o que novamente enfatiza o aumento dos fatores de risco para TEPT. Assim como os profissionais da linha de frente no combate, crianças também foram afetadas.

Um artigo (XIE *et al.*, 2020), da associação médica americana, evidenciou que, em decorrência da pandemia, as crianças que estavam mais preocupadas com o risco de infecção pela COVID-19 desenvolveram sintomas depressivos e ansiosos. Conforme a aplicação de dois questionários [*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* e *Children's Depression Inventory-short form* (CDI- S)] foi retratado que 18,9% dos participantes apresentaram ansiedade e 22,6% sintomas depressivos, cujas prevalências foram maiores que a literatura destaca em períodos anteriores a pandemia.

Um estudo publicado pela The Lancet retrata os profundos efeitos da pandemia sobre a saúde mental e busca estratégias de redução dos problemas, mostrando medidas públicas como uma alternativa para conter esses desfechos. Segundo essa publicação, os registros nacionais locais apontam a redução do contato social e consequente distanciamento social como a justificativa para o aumento da prevalência das desordens mentais, como a TEPT (PIERCE *et al.*, 2020).

O estudo de Tan *et al.* (2020) avaliou o estresse psicológico de trabalhadores da área da saúde em Singapura e aplicou escalas de depressão, ansiedade e estresse e destacou a prevalência destes transtornos, bem como de TEPT. Foram evidenciadas diferenças entre a

prevalência de desordens mentais entre médicos e outros profissionais da saúde. Foi descrito um aumento de desordens mentais entre não médicos, postulando que a diferença de suporte psicológico pode ser a causa desta diferença, sendo que a incidência de TEPT foi 6,6% para médicos e 7.7% para profissionais da saúde não médicos. Além disso, também foi relatado aumento dos demais sintomas que são fatores de risco para a referida doença. A disparidade de dados epidemiológicos também pode ser consequência da experiência prévia dos médicos com o manejo da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SAAG) e manejo dos impactos emocionais trazidos por ela.

Ademais, uma pesquisa produzida pela editora Elsevier (TANG *et al.*, 2020) mensurou a prevalência de TEPT e outros sintomas correlatos em universitários chineses após um mês do começo da quarentena. O referido estudo, com base em pesquisas anteriores, elencou quatro hipóteses para o aumento de TEPT: graus variados de exposição predizem TEPT e depressão; tempo permanecido em casa prediz TEPT e depressão, pequenas durações de sono prediz depressão e TEPT bem como a duração de horas dormidas associadas ao número de exposição e fisiopatologia.

Analisando respostas de 2.501 alunos, observou-se uma prevalência de 2,7% dos entrevistados apresentando sintomas de TEPT, além da presença de fatores de risco como depressão (9%) e períodos significativamente curtos de sono. Os parâmetros aumentados explicam-se pelo extremo medo ocasionado pela crise, sendo este considerado o mais significativo fator de risco para um sofrimento psicológico. Foi observado que estudantes do último ano de

graduação foram gravemente acometidos, já que serão os próximos a ingressar no mercado de trabalho, juntamente aos estudantes que tiveram uma alta exposição a mídias sociais e informações estressantes veiculadas pela imprensa sobre a doença e a pandemia. Além disso, aqueles que residiam em áreas mais afetadas também apresentaram piores índices, o que reforça o impacto do ambiente na ocorrência do TEPT.

O mesmo estudo ainda comparou a atual pandemia à epidemia de SARS, ocorrida em 2003, que ocasionou um aumento de 28,9% nos casos de TEPT. Os indicadores da atual pesquisa, entretanto, quando comparados ao estudo de 2003, mostraram-se baixos, o que pode ser explicado pela pequena duração da pandemia à época em que o estudo foi concluído (TANG *et al.*, 2020).

Essa relação entre TEPT e COVID-19 já era esperada, pois há diversos estudos consolidados na literatura demonstrando a relação de um agente estressor com o TEPT em diversas populações, conforme retratado na pesquisa de Galea *et al.* (2020) que demonstrou que em um furacão de 2018, 5% dos acometidos apresentaram critérios para depressão maior. Ainda foi evidenciado que 1 em cada 10 adultos, no período de 1 mês após o atentado às torres gêmeas de 11/09/2001, apresentou sinais de desordens mentais. Fato também ocorrido após a epidemia SARS. No contexto atual da pandemia houve aumento substancial de depressão, abuso de substâncias, solidão e violência doméstica. Isso se deve às escolas fechadas ao *home office*, ao aumento do tempo de permanência conjunta dentro dos lares e a ausência de mecanismos de escape como encontros sociais.

CONCLUSÃO

O novo coronavírus, comprovadamente, é capaz de prejudicar o sistema imune e o sistema nervoso do paciente infectado. Além disso, o indivíduo, independentemente de estar ou não com a doença, pode sofrer consequências associadas ao vírus por enfrentar um isolamento social. Ao passar por uma pandemia e ter que lidar com esse isolamento, com perdas e emoções negativas, uma pessoa pode desencadear

traumas que afetem sua saúde mental e culminem em transtornos psicológicos, como o TEPT.

Por ser uma pauta de estudo recente, existem poucas pesquisas que demonstrem essa relação direta entre a COVID-19 e o TEPT. Entretanto, com aquelas já realizadas é possível concluir que a quarentena, embora benéfica na tentativa de conter a disseminação do vírus, influencia negativamente aumentando os casos de transtorno de estresse pós-traumático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALEGARO, V. & COSTA, G. Tratamento farmacológico do Transtorno de estresse pós traumático. Protocolo Clínico do Hospital Universitário de Santa Maria, [s. l.], 2015. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/219273/1073289/transtorno-estresse-pos-traumatico%5B1%5D.pdf/ad9087da-df8e-4f09-a83d-d8a510e55434> . Acesso em: 8 abr. 2021

CHAIR, C. *et al.* Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. American Psychological Association, [s. l.], 2017. Acesso em: 8 abr. 2021. Disponível em: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>

DUBEY, S. *et al.* Psychosocial impact of COVID-19. Elsevier Public Health Emergency Collection, v. 14, p. 779, 2020.

GALEA, S. *et al.* The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing the need for prevention and early intervention. JAMA Internal Medicine., v 180, p 817, 2020.

JANIRI, D. *et al.* Posttraumatic Stress Disorder in Patients After Severe COVID-19 Infection. JAMA Psychiatry, v. 78, p. 567, 2021.

PIERCE, M. *et al.* Says who? The significance of sampling in mental health surveys during COVID-19. Lancet Psychiatry, v. 7, p 567, 2020

POST-TRAUMATIC Stress Disorder. In: National Institute of Mental Health. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/>. Acesso em: 08 de abr. 2021

ROSSI, R. *et al.* Mental health outcomes among frontline and secod-Line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in italy. JAMA Network Open, v. 3, e2010185, 2020.

SANTOS, V. Transtorno de estresse pós traumático no contexto da COVID-19. Revista Brasileira de Saúde Funcional, v. 11, p. 6, 2020.

SANTOSH, T. S. *et al.* A Review of Salivary Diagnostics and Its Potential Implication in Detection of Covid-19. Cureus, v. 12, p. 1, 2020.

SBARDELLOTO, G. *et al.* Transtorno de Estresse Pós-Traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. Psico-USF, v. 16, p. 67, 2011.

TAN, B.Y.Q. *et al.* Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in singapore. Annals of internal medicine, v. 173, p. 317, 2020.

TANG, W. *et al.* Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined chinese university students. Journal of affective disorders, v. 274, p. 1, 2020.

XIANG, Y.T. *et al.* Joint international collaboration to combat mental health challenges during the coranavirus disease 2019 pandemic. JAMA Psychiatry, v. 77, p. 989, 2020.

XIE, X. *et al.* Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in hubei province, China. JAMA Pediatric, v. 174, p. 898, 2020.

CAPÍTULO 2

CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19

Palavras-chave: Autism Spectrum Disorder; Autismo; Coronavirus

MARIA CLARA MIRANDA LINO¹
CAMILA GUIMARÃES PIMENTA BRUNO¹
LINCOLN DE CASTRO MIRANDA¹
LUIS GUSTAVO AMARAL RADD¹
LUÍZA ISRAEL SILVA ASSUNÇÃO¹
MARCUS VINÍCIUS CAPOBIANGO MARQUES¹
MARIA EDUARDA EVANGELISTA RESENDE¹
RUBENS MACIEL MARTINS PEREIRA¹
WEAVER SANTOS OLIVEIRA¹
MARIA EDUARDA CUNHA BERNARDES²

1. Discente do curso de Medicina na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

2. Discente do curso de Medicina no Centro Universitário de Belo Horizonte.



INTRODUÇÃO

COVID-19

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies de animais, como camelos, gados, gatos e morcegos, e, raramente, conseguem infectar pessoas. Entretanto, em dezembro de 2019, o Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), identificado em Wuhan, na China, não só conseguiu infectar humanos, como também se mostrou agressivo em sua taxa de transmissibilidade, apresentando síndrome respiratória aguda que varia de casos leves – cerca de 80% – a casos muito graves com insuficiência respiratória – entre 5% e 10% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em 11 de março de 2020, a pandemia da COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e desde então, como analisa Ferguson *et al.* (2020), tem sido tratada como a síndrome respiratória viral mais grave desde a pandemia de influenza H1N1, em 1918. A COVID-19 é uma infecção respiratória provocada pelo vírus SARS-CoV-2, transmitida de pessoa para pessoa por meio de gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, acompanhado por contato pela boca, nariz ou olhos, e por meio de objetos e superfícies contaminadas (PEREIRA *et al.*, 2020).

Os principais sinais e sintomas da doença COVID-19 são típicos de uma síndrome gripal, como febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), tosse, dispneia, mialgia, fadiga, sintomas respiratórios superiores e sintomas gastrointestinais. O quadro clínico pode variar desde uma apresentação leve e assintomática, principalmente em jovens adultos e crianças, até uma apresentação grave, incluindo choque

séptico e falência respiratória (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Diante desse cenário e, principalmente pela transmissão ocorrer por meio de contato pessoa com pessoa, os governos dos países atingidos iniciaram medidas de restrição para evitar a propagação do contágio e o colapso dos serviços de saúde. A quarentena no Brasil iniciou-se em março de 2020 e, em conformidade com a portaria conjunta nº 20, de 18 de junho de 2020, estabelecida em parceria entre o Ministério da Economia e o Ministério da Saúde, recomenda-se uma série de medidas de higiene e que as pessoas fiquem o máximo de tempo dentro de suas casas, evitando aglomerações e mantendo o distanciamento social (MINISTÉRIO DA ECONOMIA, 2020).

Sob essa perspectiva, o rompimento brusco da rotina, relacionado às medidas de isolamento social e ao controle do SARS-CoV-2 impactou, de forma mais intensa, grupos já considerados de maior vulnerabilidade, como é o caso daquele composto por pessoas que apresentam Transtorno do Espectro Autista - TEA.

Transtorno do Espectro Autista e a pandemia da COVID-19

O TEA trata-se de um conjunto de distúrbios do desenvolvimento neurológico de início precoce e, embora seja definido por algumas características específicas, como déficits na reciprocidade sócio emocional, na comunicação, no comportamento e na interação social, as crianças e adolescentes acometidos apresentam individualidades nas apresentações de seus quadros clínicos (NUSSBAUM, 2014). Estes abrangem desde deficiência intelectual grave e baixo desempenho em habilidades comportamentais

adaptativas até quocientes de inteligência que permitem que o indivíduo tenha uma vida independente. Os indivíduos também podem apresentar uma série de outras comorbidades, como hiperatividade, distúrbios de sono, distúrbios gastrointestinais e epilepsia (GRIESI-OLIVEIRA & SARTIÉ, 2017).

Sendo assim, frente ao atual cenário gerado pela pandemia da COVID-19 e seus consequentes impactos, é importante avaliar a repercussão desse momento em grupos específicos, como esse composto por crianças e adolescentes com TEA. De forma geral, por serem identificados pelas características supracitadas, pacientes com diagnóstico pertencente ao espectro, especialmente crianças e adolescentes, têm enfrentado desafios no contexto mundial vigente.

Apesar de o TEA não classificar os indivíduos como pertencentes a um grupo de risco para complicações da COVID-19, é válido analisar que a grande reatividade sensorial é algo bastante marcante em um autista. Essa característica faz com que eles tenham um maior interesse em levar quaisquer objetos à boca ou ao nariz, o que torna o risco de contágio pelo SARS-CoV-2 maior quando comparado àquele de crianças e adolescentes sem o transtorno. Somado a isso, a impossibilidade de certos indivíduos com TEA manterem o distanciamento social e a dificuldade de implementar medidas básicas de higiene, como a lavagem das mãos e uso constante do álcool em gel, são fatores que favorecem a contaminação desse grupo. Esses fatores são característicos do quadro clínico do TEA, no qual os indivíduos podem apresentar alta excitabilidade e consequente dificuldade de controle motor, o que dificulta a execução de tarefas básicas do dia a dia (ARAUJO, 2020).

Ademais, as mudanças no cotidiano que a quarentena acarretou, como um convívio íntimo das famílias em um mesmo ambiente, pode trazer sofrimento adicional aos indivíduos com TEA, pois esse grupo possui, como uma de suas características principais, a dificuldade com mudanças ou transições de rotina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020). Para essa população em específico, pode ser difícil compreender o cenário pandêmico e todas as ramificações decorrentes da COVID-19, principalmente quando se trata das crianças pequenas e que apresentam deficiências intelectuais e sensoriais concomitantes ao quadro (ARAUJO, 2020).

Sob essa perspectiva, o rompimento brusco da rotina relacionado às medidas de isolamento social e ao controle do SARS-CoV-2, em conjunto à reatividade sensorial dessas pessoas, pode representar impacto negativo no manejo do TEA. É possível dizer, então, que os indivíduos com o transtorno são mais vulneráveis à COVID-19, não por aspectos biológicos e complicações de saúde relacionadas ao vírus, mas pela intensificação do quadro clínico característico dessa síndrome. Nesse sentido, torna-se imprescindível compreender melhor o impacto que o cenário pandêmico atual gera no dia a dia dessa população que naturalmente já vivencia situações mais desafiadoras (ARAUJO, 2020). Deve-se, nessa análise, considerar as particularidades vivenciadas pelas crianças e adolescentes com TEA, sendo que, a investigação a respeito das possíveis implicações geradas pelas mudanças de estilo de vida sugere, em grande parte desse grupo, aumento de irritabilidade, agressividade, distúrbios do sono e impaciência.

Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o impacto da pandemia da COVID-19

em crianças com TEA e apontar as principais mudanças de comportamento observadas pelos pais e responsáveis por essas pessoas. Tem-se como objetivo, também, analisar as formas de manejo do transtorno frente ao SARS-CoV-2 no que se diz respeito à adaptação das famílias no cuidado diário com as crianças e adolescentes. Para isso, foi utilizado, como base, os resultados de pesquisas apresentadas nos artigos selecionados neste capítulo.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura integrativa realizada no período de março a abril de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS. Foram utilizados os descritores: “*Autism Spectrum Disorder*”, “Autismo”, “*Coronavirus*”, “COVID-19”, “SARS-CoV-2” e “TEA”. Desta busca foram encontrados 23 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, espanhol e português; publicados no período de 2020 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a seleção restaram 9 artigos, os quais foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em uma tabela comparativa e analisados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: COVID-19 e TEA – análise dos impactos para os indivíduos do espectro e para seus familiares

e manejo do quadro clínico de indivíduos com TEA frente aos desafios da pandemia de COVID-19.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

COVID-19 e TEA – análise dos impactos para os indivíduos do espectro e para seus familiares

A Tabela 2.1 apresenta estudos que tiveram como metodologia a aplicação de questionários virtuais em diferentes países.

Fica evidente que a pandemia ocasionou a diminuição das atividades ao ar livre de boa parte das crianças e adolescentes com TEA, 47,3% no estudo de Huang *et al.* (2020), assim como o aumento dos comportamentos anormais dessas crianças, como facilidade em se distrair, perda de paciência, entre outros. Fazendo uma correlação entre o estudo de Huang e o de Colizzi *et al.* (2020), que observou também uma maior frequência e intensidade nos problemas de comportamento da população com TEA investigada durante a pandemia, podemos atribuir como uma possível causa desses comportamentos o maior tempo passado dentro de casa, com menos atividades ao ar livre.

Outra correlação relevante é que enquanto Huang identificou um aumento de 30,3% na propensão dos pais a se estressarem com as crianças, Alhuzimi (2020), apresentou como resultado uma relação entre maior gravidade dos comportamentos autistas e maior estresse dos pais. Visto que no parágrafo acima foram citados dados relativos à maior frequência e intensidade de problemas comportamentais em indivíduos com TEA após o início da pandemia, torna-se evidente que todo o contexto relacionado ao COVID-

19 aponta para um momento de maior estresse e grande dificuldade tanto para as crianças e adolescentes, que apresentam maior sofrimento, quanto para os familiares, que demonstram maior dificuldade no manejo, e, consequentemente, maior estresse.

Além disso, a pandemia demonstrou que as estratégias atuais de contenção de emergências, em âmbito global, são falhas especialmente no que se diz respeito às populações vulneráveis. Os jovens com TEA estão particularmente em risco devido a sua vulnerabilidade às mudanças imprevisíveis e complexas.

Em estudo realizado por Colizzi *et al.* (2020), 527 pais e responsáveis por indivíduos com TEA responderam a uma pesquisa composta por 40 questões avaliando características sociodemográficas e clínicas, impacto da COVID-19 em seu bem-estar e necessidades para lidar com a emergência. Os dados mostraram um período desafiador para 93,9% das famílias, aumento das dificuldades no gerenciamento das atividades diárias e apresentação de problemas de comportamento mais intensos e frequentes pelas crianças.

Tabela 2.1. Estudos com aplicação de questionário virtual

Autor/Ano	Metodologia	Principais resultados
Alhuzimi, 2020	Questionário virtual destinado aos pais de indivíduos menores de 18 anos com TEA na Arábia Saudita. No questionário são apresentadas questões sobre a gravidade dos comportamentos autistas das crianças em comparação com antes da pandemia, relacionando-a aos níveis de estresse apresentados pelos pais.	150 participantes. Apresentou-se como resultado um efeito correlacional entre a mudança na gravidade dos comportamentos autistas das crianças no contexto da pandemia e um aumento do estresse dos pais em todos os aspectos. Esse aumento do estresse parental, por sua vez, gerou como consequência uma piora no bem estar desses indivíduos.
Colizzi <i>et al.</i> , 2020	Questionário virtual destinado aos pais e responsáveis por indivíduos diagnosticados com TEA. Apresentou como tema os impactos da pandemia da COVID-19 nessa população.	527 participantes. Foram reportadas dificuldades dos pais no manejo das refeições (23%), das autonomias (31%), do tempo livre (78,1%) e das atividades estruturadas (76,7%) das crianças. Além disso, ao comparar com antes da pandemia, houve aumento da intensidade (35,5%) e da frequência (41,5%) de problemas de comportamento em uma proporção substancial dos indivíduos com TEA.
Huang <i>et al.</i> , 2020	Questionário virtual destinado aos pais de indivíduos menores de 18 anos com TEA na China. Engloba as questões de sono, atividades ao ar livre e frequência de comportamentos anormais das crianças portadoras do TEA, além do estado emocional e de estresse dos pais.	406 participantes. Sobre os resultados encontrados em relação ao sono durante o contexto de pandemia, 70,7% das crianças não tiveram alterações em sua duração, enquanto que 10,8% apresentaram uma redução. Além disso, 78,6% apresentaram a mesma qualidade de sono em comparação com o usual, ao passo que 9,6% relataram uma piora. Já em relação às atividades ao ar livre, 47,3% relataram um decréscimo em seu tempo, enquanto em 37,4% dos casos não houve alteração. Quanto aos comportamentos anormais, os mais relatados foram facilidade em se distrair, seja ocasionalmente (51%) ou frequentemente (35,2%), além de ocasionalmente sentirem-se deprimidas (32,8%), perderem facilmente a paciência (56,7%) ou chorarem facilmente (50,5%). O trabalho também constatou que 30,3% dos pais vêm apresentando maior propensão a se estressar com as crianças.

Manejo do quadro clínico de indivíduos com TEA frente aos desafios da pandemia

A pandemia da COVID-19 expôs fraquezas na orientação e na prestação de serviços relacionados à saúde de populações com necessidades elevadas já reconhecidas (AMARAL & VRIES, 2020). É salutar que as medidas tomadas levem em consideração as necessidades específicas dos indivíduos com TEA. O suporte aos pais, cuidadores e provedores de serviços comunitários também deve ser pautado pelas organizações de saúde.

Haja vista a dificuldade desses indivíduos em compreender o cenário atual de isolamento social e suas repercussões nas atividades diárias, é de extrema valia o estabelecimento ou a manutenção de uma rotina. De acordo com a literatura da área, a rotina já é um ponto de atenção comumente abordado pelos profissionais que atuam junto a essa população, na medida em que as mudanças que ocorrem no dia a dia possuem grande potencial de produzir sofrimento aos sujeitos com TEA. Além disso, alterações no sono se correlacionam com piora do comportamento diurno, fato que exacerba sintomas já presentes nesses indivíduos. É recomendado, portanto, medidas que mantenham a qualidade do descanso, com a adoção de, por exemplo, horário consistente de dormir e acordar; divisão de atividades diurnas e noturnas; não utilização de eletrônicos e bebidas estimulantes próximo ao horário de dormir.

É necessário, também, ressaltar a necessidade do cuidado específico às famílias, uma vez que lidar cotidianamente com as dificuldades advindas do TEA pode gerar um sofrimento intenso aos responsáveis pela criança ou pelo adolescente. Ainda, segundo a literatura, a sobrecarga vivenciada por

familiares de crianças e adolescentes com TEA acontece devido ao acúmulo de tarefas destinadas ao cuidado desses indivíduos, pois as poucas fontes de apoio foram suspensas, tais como terapias e escolas.

Ademais, é sabido que pessoas com TEA apresentam dificuldades no relacionamento social e, em determinados momentos, dificuldades em sustentá-los. Portanto, a limitação nessas relações é um dos principais desafios para os autistas durante o cenário de pandemia, sendo que os familiares ou pais são as únicas pessoas aceitas pelos autistas nesse momento, como relata Coll *et al.* (2004).

Algumas estratégias, denominadas de Telessaúde, segundo Piropo & Amaral (2015), podem ser implementadas como uma potente alternativa de cuidado, amenizando as dificuldades vivenciadas pelas famílias. Orientações aos pais sobre a abordagem de seus filhos com TEA durante o período de distanciamento social têm sido disponibilizadas por endereços eletrônicos de associações de apoio. A maioria destas orientações, que vão desde questões de higiene até a compreensão da situação atual, devem ser baseadas em demonstrações visuais (figuras/ilustrações, formas geométricas, filmes com desenhos) e objetivas que podem auxiliar na compreensão do que é a pandemia da COVID-19. Os especialistas orientam evitar o uso de mensagens abstratas ou subliminares.

Entretanto, é importante enfatizar que em um cenário de maior vulnerabilidade social, o acesso a essas tecnologias pode ser limitado, assim como essa modalidade de cuidado tem sido um desafio para os profissionais, usuários e familiares. De acordo com Fernandes *et al.* (2020), a garantia de acolhimento e suporte técnico-assistencial aos

pais/responsáveis e familiares é uma das estratégias previstas no âmbito da atenção psicossocial na infância e adolescência.

Além disso, o estudo realizado por Kenyon (2018), evidencia que a participação dos pais em um Treinamento Parental, ou Treinamento de Pais (TP), mostra-se como uma proposta viável para enfrentar possíveis crises derivadas do TEA durante o período de pandemia. Essa proposta consiste em um método de trabalho colaborativo cuja intenção é orientar e treinar os pais sobre formas mais eficazes para lidarem com determinados comportamentos, intervindo no desenvolvimento da comunicação de seus filhos com o intuito de evitar crises futuras, tais como episódios de estresse repentinos, agressividade, inquietação, dentre outros.

Em relação ao quadro de autismo, é conhecido que indivíduos com TEA “podem apresentar alterações sensoriais, como hiporreatividade ou hiperreatividade” (POSAR & VISCONTI, 2018), sendo o segundo um fator importante ao se considerar o cenário pandêmico, já que esse maior interesse pela exploração através do olfato ou paladar pode se apresentar como risco para contágio ao fazer com que o indivíduo leve objetos à boca ou ao nariz. Aliado a isso, principalmente nos casos de portadores de TEA com alto grau de comprometimentos intelectuais e sensoriais, o uso de máscaras pode provocar intenso sofrimento e crises (FERNANDES *et al.*, 2020).

Dessa forma, sua utilização deve ser pensada de acordo com as particularidades de cada caso, uma vez que os indivíduos com TEA não são obrigados a usar máscara, de acordo com a lei federal nº 14.019 (BRASIL, 2020). Em casos em que o uso de máscaras é possível, algumas medidas podem ser tomadas para que o uso seja menos

desagradável e haja maior adaptação e aceitação da criança/adolescente, como a confecção de máscaras com tecidos mais maleáveis e com texturas suaves, além de sempre ser explicado, ao indivíduo com TEA, de forma clara, a razão para seu uso.

Lima *et al.* (2020), relata que os pacientes com TEA possuem comorbidades que geralmente potencializam seu sistema inflamatório, e embora a fisiopatologia da COVID-19 não seja totalmente compreendida, pacientes que manifestam inflamação endógena acentuada tendem a apresentar pior prognóstico. Uma grande quantidade de pacientes com TEA possui condições médicas concomitantes. Pode-se destacar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), comumente presente nesses pacientes, ansiedade e outras condições neuropsiquiátricas mencionadas anteriormente.

Além disso, uma variedade de outras condições clínicas, que geralmente afetam também o sistema imunológico, devem ser consideradas ao se analisar o papel da neuroinflamação crônica entre esses pacientes. Por se tratar de um distúrbio altamente heterogêneo, com inúmeros fatores causais genéticos e ambientais, o desenvolvimento pré-natal e neonatal, as infecções congênitas, a ativação imune materna e os anticorpos transplacentários possivelmente desempenham um papel relevante na fisiopatologia do TEA (LIMA *et al.*, 2020).

Existe, ainda, segundo o estudo, uma correlação com função imunológica anormal, incluindo desregulação de citocinas, inflamação e presença de autoanticorpos. Existem relatos acerca da presença de imunoglobulinas anti cerebrais em pacientes com TEA e uma relação direta entre os níveis

de citocinas e quimiocinas dos pacientes, o que contribui para o ambiente pró-inflamatório crônico observado em seu organismo.

Nesse contexto, fatores imunológicos e genéticos, principalmente quando se trata de comorbidades, devem ser considerados e podem ser fatores de risco para pior prognóstico da infecção viral.

CONCLUSÃO

A pandemia da COVID-19 implicou em mudanças de rotina e de estilo de vida. No que tange às crianças e adolescentes com TEA, trabalhos publicados entre 2020 e 2021 referem pior adaptação às novas medidas de segurança pessoal e pública, recomendadas por instituições de saúde, quando comparada à daqueles fora do espectro. Vale ressaltar que não somente houve dificuldade no cumprimento dos novos critérios de segurança, como também foi possível perceber a acentuação e/ou surgimento de manifestações comportamentais - como irritabilidade, impaciência, dificuldade de concentração e problemas de sono - em crianças e adolescentes autistas durante o período pandêmico.

Nesse cenário, um fator a ser destacado foi o interrompimento de atividades diárias que permitiam a socialização dos indivíduos no espectro. Como a dificuldade comunicativa é característica marcante nesse grupo, o isolamento social prejudicou o desenvolvimento das habilidades sociais e reforçou sentimentos de solidão e de práticas de introversão. Entretanto, é importante apontar que a manifestação dos comportamentos supracitados variou em parâmetros como intensidade e apresentação de sintomas.

Foi possível evidenciar, também, o aumento de sentimentos de ansiedade e estresse entre os pais e responsáveis pelos indivíduos autistas, o que representou mais um desafio no enfrentamento da pandemia. Fica claro, assim, que a mais notória vulnerabilidade de grupos específicos durante a pandemia, como é o caso de pacientes com TEA, impacta não somente o bem-estar dos próprios indivíduos, mas de todo o núcleo familiar.

Ainda, é viável considerar que o desconhecimento sobre alternativas de cuidado e manejo intensificam a complexidade do momento atual. Sendo assim, é importante que informações relativas à atenção para com esse grupo sejam amplamente divulgadas, como é o caso de associações de apoio que, por meio virtual, fazem orientações aos pais e responsáveis abordando desde questões de higiene até estratégias de compreensão da situação de pandemia.

Ademais, é interessante que mais estudos que contem com a participação de famílias de pessoas autistas sejam realizados. É de extrema relevância que mais dados sejam coletados e que pesquisas mais robustas sejam realizadas para que as melhores alternativas de manejo do TEA sejam propostas, de forma que tanto indivíduos no espectro, dentro de suas particularidades, quanto suas famílias possam passar por esse período da melhor maneira possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALHUZIMI, T. Stress and emotional wellbeing of parents due to change in routine for children with Autism Spectrum Disorder (ASD) at home during COVID-19 pandemic in Saudi Arabia. *Research in developmental disabilities*, v. 108, 2020.

AMARAL, D.G. & VRIES, P.J. COVID-19 and Autism Research: Perspectives from Around the Globe. *Autism Research*, v. 13, p. 844, 2020.

ARAÚJO, A.S.M. Estudo metodológico sobre o comportamento de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) durante a pandemia da COVID-19. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Departamento de Farmácia, Centro Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

BRASIL. Lei n. 14.019, de 02 de julho de 2020. dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público. Brasília, DF, jun. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.019-de-2-de-julho-de-2020-276227423>. Acesso em 17 fev. 2021.

COLIZZI, M. *et al.* Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. *Brain Sciences*, v. 10, p. 341, 2020.

COLL, C. *et al.* Desenvolvimento psicológico da educação: transtornos do desenvolvimento e necessidades educacionais especiais. In: *Desenvolvimento Psicológico e Educação*. Porto Alegre: ArtMed, 2004. p. 264-302.

FERGUSON, N.M. *et al.* Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College London. 2020. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-9-impact-of-npis-on-covid-19/>. Acesso em: 10 fev. 2021.

FERNANDES, A.D.S.A. *et al.* Everyday challenges and caring possibilities for children and adolescents with Autistic Spectrum Disorder (ASD) in the face of COVID-19. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 29, e2121, 2020.

GRIESI-OLIVEIRA, K. & SERTIÉ, A.L. Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético. *Einstein*, v. 15, p. 233, 2017.

HUANG, S. *et al.* Impact of the COVID-19 Pandemic on Children with ASD and Their Families: An Online Survey in China. *Psychology research and behavior management*, v. 14, p. 289, 2020.

KENYON, P.B. Ensino em ambientes naturais. In: *Estratégias da Análise do Comportamento Aplicada para pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon; 2018. p. 87-118.

LIMA, M.E.S. *et al.* Could autism spectrum disorders be a risk factor for COVID-19? *Medical Hypotheses*, v. 144, p. 109899, 2020.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Gabinete do Ministro. Portaria Conjunta nº 20, de 18 de julho de 2020. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-20-de-18-de-junho-de-2020-262408085>. Acesso em: 01 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde. Brasília, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

NUSSBAUM, A. M. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2014.

PEREIRA, M.D. *et al.* A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 9, p. 1, 2021.

PIROPO, T.G.N. & AMARAL, H.O.S. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. *Saúde Debate*, v. 39, p. 279, 2020.

POSAR, A. & VISCONTI, P. Alterações sensoriais em crianças com transtorno do espectro do autismo. *Jornal de Pediatria*, v. 94, p. 342, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. COVID-19 e transtorno do Espectro Autista. 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22455c-NA_-_COVID-19_e_Transtorno_do_Espectro_Autista__1_.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

CAPÍTULO 3

SERVIÇO INTEGRADO DE ACOLHIDA TERAPÊUTICA (SIAT): ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA UNIDADE SIAT II ARMÊNIA

Palavras-chave: Redução de Danos; Acolhimento Terapêutico; Vulnerabilidade Social

ANTÔNIO LOURENÇO PIRES NETO¹
MARCOS MATHEUS DA SILVA FONSECA²

1. Egresso - Faculdade de Medicina FACERES - São José do Rio Preto.

2. Egresso - Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis.



INTRODUÇÃO

O número de pessoas em situação de rua no Brasil tem aumentado exponencialmente nos últimos anos por vários motivos, entre eles pobreza, desemprego, imigração, dependência química, conflitos familiares (HINO *et al.*, 2018) e no último ano, sobretudo pelas consequências da pandemia pelo novo Coronavírus.

O consumo de álcool e outras substâncias psicoativas fazem parte da rotina da população em situação de rua, compondo uma das dimensões socioculturais destes indivíduos, tornando-os mais fragilizados e suscetíveis à outras doenças e complicações, menor oportunidade de trabalho e aumento do risco de morte (SPADONI *et al.*, 2017).

O uso compartilhado de seringas, cachimbos e objetos de uso pessoal, relações sexuais desprotegidas e múltiplas, como forma de lazer ou atividade de prostituição, são hábitos comuns adotados pelo indivíduo em situação de rua, o que predispõe a infecções por HIV, sífilis, hepatite B e C, entre outras infecções sexualmente transmissíveis (BOOTH *et al.*, 2000). Também estão sujeitos à outras comorbidades, como tuberculose, desnutrição, dermatoses fúngicas, infecções parasitárias e agravos em saúde mental (SCHERVINSKI *et al.*, 2017).

A população em situação de rua é um grupo historicamente marginalizado aos processos e serviços de inclusão social, trabalho, transporte, lazer, alimentação e, principalmente, saúde. O acesso aos serviços de saúde possui como porta de entrada principal a urgência e emergência, que não oferecem vínculos ou seguimento longitudinal e contínuo com o paciente (LIRA *et al.*, 2019).

Sabe-se que poucos municípios possuem serviços de saúde voltados

especificamente à população em situação de rua, ao mesmo tempo que o Sistema Único de Saúde (SUS) garante acesso aos serviços de saúde com equidade, universalidade e integral, ele exige que o paciente possua endereço fixo para realização do processo de territorialização, tornando-o invisível para a rede de serviços de saúde da atenção básica.

Para além, o preconceito da sociedade e de alguns profissionais da saúde em relação àqueles em situação de rua são ferramentas de barreira para a busca desses pacientes aos serviços básicos de saúde (CERVIERI *et al.*, 2019).

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de junho de 2020, o número estimado de pessoas em situação de rua no Brasil até o mês de março de 2020 era de 221.869, o que equivale a um aumento de 140% nessa população ao longo do período analisado (NATALINO, 2020).

Em São Paulo, a maior cidade do Brasil e uma das mais influentes do mundo, com uma população estimada em 12 milhões de habitantes (IBGE, 2020), a urbanização, a desigualdade social e o aumento do desemprego são importantes fatores contribuintes para o aumento da população em situação de rua. A maior parte desses indivíduos encontra-se distribuída nos bairros centrais, como Sé, Santa Cecília, República e Luz (CANONICO *et al.*, 2007), bairros onde há maior circulação de pessoas, facilitando o ganho de alimento e algum dinheiro (CARNEIRO JÚNIOR *et al.*, 1998).

Antes invisíveis às políticas públicas, esse grupo populacional tem se tornado protagonista de importantes programas de saúde, entre os quais destacam-se a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) criada em 2009, a Portaria nº

122, publicada em 2011 pelo Ministério da Saúde, que implementou o programa Consultório na Rua (CnR) (HINO *et al.*, 2018), bem como a Portaria Conjunta das SGM/SMADS/SMS/SMDET nº 04, de 25 de junho 2019, que regulamentou o Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica (SIAT) na cidade de São Paulo.

O SIAT surgiu da necessidade de se encontrar uma solução para acolher as pessoas que vivem em situação de rua e que estejam em vulnerabilidade social para o uso de crack, álcool e outras drogas, bem como para suprir as dificuldades de atendimento e tratamento integral à esta população (SÃO SAULO, 2019b).

O presente estudo tem como objetivo descrever as características do SIAT II Armênia, localizado na cidade de São Paulo, bem como realizar uma análise quantitativa dos serviços ofertados e do perfil da população atendida no serviço.

MÉTODO

Trata-se de estudo observacional, retrospectivo, descritivo, por meio de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada em março de 2021 no SIAT II – Armênia, em São Paulo, onde se analisou o perfil demográfico da população assistida, bem como os serviços oferecidos mais utilizados pelos chamados “conviventes”, referente ao período de 01 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2020.

Os documentos analisados foram as fichas e o registro de produção multiprofissional. Os dados foram coletados na própria instituição pelos autores deste estudo, e sua tabulação foi realizada no Programa Microsoft Excel, com análise da

estatística descritiva (frequência e porcentagem).

Respeitando a Resolução CNS nº 466/2012, item II.22, a possibilidade de danos à população estudada foi minimizada pelo não contato direto dos mesmos com os pesquisadores. Os dados coletados foram utilizados, exclusivamente, para a execução do presente estudo e a identidade dos objetos do estudo foi integralmente preservada.

Os critérios de inclusão foram folhas de produção registradas adequadamente na base de dados do serviço. Os critérios de exclusão foram folhas de produção que não estavam registradas na base de dados do SIAT II Armênia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características do serviço

O SIAT engloba ações integradas entre equipamentos e serviços, em território delimitado, com o objetivo de prestar atendimento a indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social.

O SIAT é distribuído em três conformidades distintas, a saber:

- SIAT I: Abordagem;
- SIAT II: Acolhimento Temporário;
- SIAT III: Tratamento e Profissionalização.

O SIAT II Armênia, onde este estudo foi realizado, é um serviço híbrido que envolve a Secretaria de Governo, Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) e Secretaria de Cultura, tendo sido iniciado em agosto de 2019 (SÃO PAULO, 2020).

O serviço localiza-se no centro da cidade São Paulo, com localização estratégica a fim de facilitar o acesso à população-alvo, que se concentra principalmente nesta região (CANONICO *et al.*, 2007).

Entre os objetivos do SIAT II estão o acolhimento temporário, atividades que buscam à redução de danos, tratamento e acompanhamento em saúde mental pelos serviços de psiquiatria e psicologia, por meio da elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para usuários que têm interesse no tratamento contra álcool e drogas, bem como demais comorbidades pelo serviço de clínica médica, funcionar como porta de entrada dos serviços de saúde, facilitando o acesso aos serviços de emergência e encaminhando os usuários aos serviços especializados, quando necessários (SÃO PAULO, 2019b).

O acesso ao SIAT II é feito por meio de demanda espontânea, busca ativa pela equipe multiprofissional ou por encaminhamentos dos serviços referenciados da SMS e da SMADS, particularmente do SIAT Abordagem (SIAT I). O paciente é acolhido na recepção da unidade e realiza a aderência. Se o paciente não faz parte do público-alvo, é redirecionado ao serviço adequado. Se o indivíduo faz parte do público-alvo e tem interesse em acolhimento, redução de danos e/ou tratamento, é feita triagem e, se necessário, atendimento clínico.

Após a aderência, o paciente participa da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que se caracteriza por um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para e com o indivíduo, através de equipe multiprofissional.

Durante todo o tempo em que o indivíduo permanece nas instalações do SIAT, o acesso aos serviços de saúde é garantido de forma universal, integral e equitativa. O

acolhimento pode ser encerrado por falta de adesão do paciente às atividades propostas, ou por vontade unilateral do indivíduo em se desligar do serviço, sendo reiniciado se o paciente retornar posteriormente ao SIAT.

Os atendimentos em saúde incluem atendimentos médicos e multiprofissionais nas seguintes especialidades: enfermagem, clínica médica, psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, educação física e farmácia, além de oficinas e grupos terapêuticos. O espaço possui área de lazer e socialização, banheiros, refeitório, bagageiro e dormitórios com 200 vagas pernoite, sendo 100 vagas fixas de 24 horas e 100 vagas de permanência de 16 horas.

São desenvolvidos diversos grupos educativos, como ações de enfermagem, grupo de motivação, saúde mental, autocuidado, cidadania, sensibilização, redução de danos, habilidades, jardinagem, ambiência e orientação financeira. Devido à pandemia da Covid-19, e obedecendo os protocolos de segurança, os grupos educativos foram suspensos ou tiveram sua quantidade de membros reduzida.

Dados demográficos

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, a maior parte dos usuários dos serviços de saúde é do sexo feminino, o que corresponde à 69,9% do total, e 30,1% são do sexo masculino (IBGE, 2019).

Em contraste com a pesquisa feita pelo IBGE, a Tabela 3.1 abaixo mostra que 10,21% da população atendida no SIAT II Armênia são do sexo feminino, 86,12% são do sexo masculino e 3,66% se identificaram como transgênero.

Tabela 3.1. Distribuição por gênero dos atendimentos realizados

Gênero	N	%
Masculino	21283	86,12
Feminino	2524	10,21
Transgênero	906	3,66

Os dados observados se aproximam dos divulgados pela Prefeitura de São Paulo, em que a maioria das pessoas em situação de rua são do sexo masculino. Por meio do censo desta população, realizado em outubro de 2019, observou-se que 14,6% e 85,5% são, respectivamente, do sexo feminino e masculino. Nesta pesquisa, não foram informados dados sobre a população trans (SÃO PAULO, 2019a).

Serviços ofertados

O SIAT II Armênia oferece atendimento com equipe multiprofissional formada por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, farmacêutico, terapeuta ocupacional, educador físico, assistente social, psicólogo, médico clínico e psiquiatra (SÃO PAULO, 2019a).

A equipe de enfermagem e auxiliares de enfermagem é responsável pela maior parte dos atendimentos, distribuídos em acolhimento, triagem, administração de medicamentos, curativos, coleta de exames entre outros.

Como pode ser observado na Tabela 3.2, 53,87% de todos os atendimentos realizados no período analisado foram feitos pela equipe de enfermagem. A farmácia é responsável por 23,10% dos atendimentos prestados, enquanto o atendimento médico clínico e psiquiátrico (médico) responde por 12,56% de todas as ações de saúde realizadas na unidade.

Tabela 3.2. Distribuição dos serviços mais utilizados no SIAT II Armênia

Serviço	N	%
Enfermagem	13314	53,87
Farmácia	5711	23,10
Médico	3105	12,56
Terapeuta Ocupacional	1488	6,02
Psicólogo	697	2,82
Educador Físico	354	1,43
Assistente Social	44	0,17

O Assistente Social, principalmente o que trabalha com a população em situação de rua, e assim como os outros profissionais que trabalham com esse grupo de fragilidade social, representa uma importante referência na criação do vínculo entre os usuários e o serviço de saúde (OLIVEIRA, 2008).

A baixa demanda do serviço de assistência social no SIAT II Armênia durante o período analisado se deveu à indisponibilidade do profissional na unidade, que se encontrava afastado das atividades laborais por fazer parte do grupo de risco da pandemia pela Covid-19.

Em relação à população transgênero, no Brasil, um estudo realizado em 2018, porém não publicado, demonstrou que aproximadamente 1,38% da população é formada de pessoas trans (SBMFC, 2020). Como pôde ser observado na Tabela 3.1, uma porcentagem maior foi observada no SIAT II Armênia, onde 3,66% dos usuários se identificaram como transgêneros.

Apesar da escassez de informações quanto à estimativa da população trans no Brasil, dados divulgados pelo Tribunal Superior Eleitoral (TSE, 2020), apontaram que 9.985 eleitores utilizaram nome social para votar nas últimas eleições, 982 apenas na cidade de São Paulo. Segundo os dados demonstrados na Tabela 3.3, os serviços mais

utilizados pela população trans no SIAT II Armênia foram enfermagem (54,52%), farmácia (17,21%) e clínico geral (13,90%).

Tabela 3.3. Distribuição dos serviços utilizados pela população transgênero

Serviço	N	%
Enfermagem	494	54,52
Farmácia	156	17,21
Clínico Geral	126	13,90
Terapeuta Ocupacional	48	5,29
Psicólogo	36	3,97
Psiquiatria	32	3,53
Educador Físico	12	1,32
Assistente Social	2	0,22

Os dados observados mostram que os serviços mais utilizados, independentemente do gênero, foram enfermagem, farmácia e atendimento com médico clínico. Em relação ao sexo masculino, a Tabela 3.4 mostra que os atendimentos em enfermagem corresponderam a 53,79% de todas as ações, seguido de farmácia (23,39%) e atendimento com médico clínico (8,05%).

Tabela 3.4. Distribuição dos serviços utilizados pela população masculina

Serviço	N	%
Enfermagem	11450	53,79
Farmácia	4979	23,39
Clínico Geral	1715	8,05
Terapeuta Ocupacional	1333	6,26
Psiquiatria	856	4,02
Psicólogo	602	2,82
Educador Físico	314	1,47
Assistente Social	34	0,15

No sexo feminino, a Tabela 3.5 mostra que o serviço de enfermagem foi utilizado por 54,27% das pacientes, enquanto farmácia

representou 22,82% dos atendimentos, e médico clínico, 11,64%.

Tabela 3.5. Distribuição dos serviços utilizados pela população feminina

Serviço	N	%
Enfermagem	1370	54,27
Farmácia	576	22,82
Clínico Geral	294	11,64
Terapeuta Ocupacional	107	4,23
Psiquiatria	82	3,24
Psicólogo	59	2,33
Educador Físico	28	1,10
Assistente Social	8	0,31

No SIAT II Armênia são oferecidos atendimentos médicos de segunda-feira à sexta-feira entre 07:00h e 21:00h. O atendimento é feito por dois médicos clínicos: o primeiro clínico realiza os atendimentos entre 07:00h e 19:00h, e o segundo clínico entre 09:00h e 21:00h. O atendimento ocorre por livre demanda, sendo atendidas queixas agudas, crônicas e emergências. Os atendimentos em psiquiatria são feitos entre 08:00h e 20:00h, com horário agendado, exceto em situações de emergência psiquiátrica.

Como pode ser observado na Tabela 3.6, 68,76% dos atendimentos são direcionados à clínica médica e 31,24% são feitos pelo profissional de psiquiatria.

Tabela 3.6. Distribuição dos serviços médicos utilizados

Atendimento Médico	N	%
Médico Clínico	2135	68,76
Psiquiatra	970	31,24

CONCLUSÃO

A população em situação de rua, embora comum em todo o país, é ainda pouco visível às políticas públicas de saúde, e a visão preconceituosa da sociedade e dos profissionais de saúde levam à uma baixa procura desses indivíduos aos serviços de saúde, limitando-se às unidades de atendimento emergencial, sem estabelecimento de vínculos e cuidado continuado.

O presente estudo buscou descrever o Serviço de Integração e Acolhida Terapêutica – SIAT II Armênia, programa voltado ao

atendimento em saúde exclusivo à população em situação de rua e vulnerabilidade social da cidade de São Paulo, que tem como objetivo oferecer acolhimento e atendimento básico de saúde, bem como acompanhamento longitudinal àqueles que optam pela aderência ao serviço, e encaminhamento aos serviços de referência, quando necessário.

Os obstáculos enfrentados pelos moradores de rua no acesso à saúde de qualidade transcendem as doenças em suas vidas, sendo necessário conhecimento e empatia dos profissionais de saúde quanto aos problemas enfrentados por essa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOOTH, R.E. *et al.* Sex related HIV risk behaviors: differential risks among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 58, p. 219, 2000.
- CANONICO, R.P. *et al.* Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, p. 799, 2007.
- CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade*, v. 7, p. 47, 1998.
- CERVIERI, N.B. *et al.* O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 15, p. 1, 2019.
- HINO, P. *et al.* Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 684, 2018.
- IBGE. Censo Demográfico da cidade de São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-paulo.html>. Acesso em: 04 abr. 2021.
- IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2020 - Rio de Janeiro, pág. 30. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2021.
- LIRA, C.D.G *et al.* O acesso da população em situação de rua é um direito negado? *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 23, p. 1, 2019.
- NATALINO, M.A.C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf. Acesso em: 05 abr. 2021.
- OLIVEIRA, J.L. O processo de trabalho do assistente social e sua abordagem com moradores de rua. 2008. f.18. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- SÃO PAULO. Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua, Caracterização Socioeconômica da População em Situação de Rua e Relatório Temático de Identificação das Necessidades desta População Na Cidade De São Paulo. 2019a, pág. 14. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209_SMADS_SP.pdf. Acesso em: 01 abr. 2021.
- SÃO PAULO. Portaria Conjunta SGM/SMADS/SMS/SMDet N° 04, de 25 de junho 2019b. Regulamenta o Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica - SIAT no âmbito do Programa Redenção, estabelece cooperação técnico-administrativa para sua implementação e governança compartilhada e dá outras providências. 2019b. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/governo/redencao/PORTARIA_04_SGM_SMA_DS_SMS_SMDet_SIAT_V_PUBLICADA.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.
- SÃO PAULO. Secretaria Especial de Comunicação, 2020. Prefeitura de São Paulo terá mais um equipamento do Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica (SIAT). Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/noticia/prefeitura-de-sao-paulo-tera-mais-um-equipamento-do-servico-integrado-de-acolhida-terapeutica-siat>. Acesso em: 05 abr. 2021.
- SBMFC. O Atendimento de Pessoas Trans na Atenção Primária à Saúde / Estudo não publicado, realizado sob financiamento do PROADI SUS pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, com resultados divulgados em 2019 durante o I Encontro Nacional dos Centros de Atendimento à População Transexual – São Paulo, 27/04/2019. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/o-atendimento-de-pessoas-trans-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 01 abr. 2021.
- SCHERVINSKI, A.C. *et al.* Atenção à saúde da população em situação de rua. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, v. 14, p. 55, 2017.
- SPADONI, L. *et al.* Perfil de drogadição e práticas sociais entre moradores de rua. *Psicologia e saber social*, v. 6, p. 113, 2017.
- TSE - Tribunal Superior Eleitoral. Estatísticas do Eleitorado – 2020. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais>. Acesso em: 05 abr. 2021.

CAPÍTULO 4

ESTADO DE HUMOR E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM UNIVERSITÁRIOS

Palavras-chave: Humor; Jovens; Atividade Física

SARAH BEATRIZ ROCHA LIMA¹

MARCELA ARAUJO SÁ NOGUEIRA²

MARA JORDANA M. COSTA³

1. Discente - Educação Física da Universidade Federal do Piauí.

2. Docente - Mestranda em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí.

3. Docente - Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Saúde Pública (FSP/USP).



INTRODUÇÃO

A fase universitária é um período em que jovens buscam por autonomia e onde há uma constante tomada de decisões que podem influenciar diretamente sobre sua vida ao longo dos dias. É bastante comum que esses universitários tenham um estilo de vida cansativo, muito estressante, com falta de tempo, má alimentação, mau humor e principalmente um nível de atividade física baixíssimo, o que acaba comprometendo a sua qualidade de vida (TORQUATO *et al.*, 2016).

Segundo Meneghini *et al.* (2016), a atividade física proporciona benefícios psicológicos, físicos e sociais, promovendo a saúde mental, por meio da melhoria do humor e da qualidade de vida. O humor é um indicador central do bem-estar mental da população, portanto, a questão de saber se o comportamento ativo ou sedentário afeta as dimensões do humor na vida cotidiana possui relevância significativa (GIURGIU *et al.*, 2019).

Em comparação com pessoas sedentárias e menos aptas, alguns estudos apontam que pessoas fisicamente ativas e com maior aptidão física possuem um melhor estado de humor. Sendo assim, é necessário que a população universitária tenha conhecimento não só dos benefícios fisiológicos, mas também sobre as variáveis psicológicas do estado de humor frente à atividade física, para assim manter a qualidade de vida e saúde de maneira integral.

Com base nisso, esta pesquisa justifica-se por buscar conhecer aspectos relacionados a saúde mental de universitários, tendo em vista ser uma fase com muitos desafios e que, geralmente, os jovens não praticam atividade física regular. Assim, o estudo tem como objetivo geral analisar a

relação entre a prática de atividade física e estados de humor em universitários de Teresina-PI.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, realizada a partir de um projeto guarda-chuva intitulado “PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE MENTAL EM ESCOLARES E UNIVERSITÁRIOS DE TERESINA-PI”. A população foi composta por universitários, de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, da Universidade Federal do Piauí, na cidade de Teresina-PI. A amostra foi composta por 72 indivíduos de vários cursos, selecionados por amostragem não probabilística.

Os critérios de inclusão para seleção da amostra foram: assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, estar devidamente matriculado na universidade e, ter disponibilidade para responder aos questionários. O critério de exclusão foi: ter alguma restrição cognitiva ou motora que o impeça de participar da coleta de dados.

Inicialmente, com o objetivo de caracterização da amostra, os voluntários foram submetidos a um questionário, elaborado pelas pesquisadoras, para investigação sociodemográfica com questões relacionadas ao sexo, estado civil, moradia, curso atual, doenças crônicas, sono e prática de atividade física.

Para analisar os estados de humor foi utilizada neste trabalho a versão adaptada do “*Profile of Mood States-POMS*”, a Escala de Humor de Brunel- BRUMS (TERRY *et al.*, 2003) que contém 24 indicadores simples de humor, tais como as sensações de raiva,

disposição, nervosismo e insatisfação que são perceptíveis pelo indivíduo que está sendo avaliado.

Os avaliados respondem como se situam em relação as tais sensações, de acordo com a escala de 5 pontos (de 0 = nada a 4 = extremamente). Os 24 itens da escala compõem as seis subescavas: raiva, confusão, depressão, fadiga, tensão e vigor. Cada subescava contém quatro itens. Com a soma das respostas de cada subescava, obtém-se um escore que pode variar de 0 a 16. Nas instruções de resposta foi solicitado ao sujeito que dissesse como se sente. O Distúrbio Total de Humor (DTH) é calculado pela soma dos fatores negativos, diminuindo o escore do fator positivo. Ao resultado final soma-se 100 para não haver resultados negativos. É considerado um DTH elevado quando a média da BRUMS for maior que 107,15 e o DHT baixo quando a média da BRUMS for menor que 107,15.

Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva, por meio de médias, porcentagens e desvio padrão. Realizou-se ainda uma estatística inferencial utilizando o teste do qui-quadrado e o teste t para amostras independentes. O software utilizado foi o Stata 12.0, e o nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo foi realizado conforme resoluções 466/12 e 510/16 do CMS/MS e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí com o parecer de número: 3.221.575. Todos os participantes assinaram o TCLE, onde se informaram sobre os objetivos do estudo, procedimentos a serem adotados, além de garantir a estes a confiabilidade e anonimato em relação a sua participação na pesquisa, podendo decidir se deseja ou não participar de forma voluntária e consentida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi composta por 72 estudantes da Universidade Federal do Piauí- UFPI, sendo que desses, 54,17% era do sexo masculino, com média de idade de 21,7 anos ($\pm 2,4$), 70,83% dos participantes não tem companheiro e 91,67% disseram morar acompanhados (Tabela 4.1).

Tabela 4.1. Caracterização do perfil dos universitários

	Variáveis	n	%
Sexo	Feminino	33	45,83
	Masculino	39	54,17
	Total	72	100
Estado civil	Com companheiro	21	29,17
	Sem companheiro	51	70,83
	Total	72	100
Mora	Acompanhado	66	91,67
	Sozinho	6	8,33
	Total	72	100

Como apresentado na Tabela 4.1, o maior percentual de homens encontrado na presente pesquisa (54,17%) foi diferente dos achados de Torquato *et al.* (2016) tendo 66,2% da sua amostra do sexo feminino. A maioria dos universitários avaliados na presente pesquisa, não tem companheiro (70,83%) e morava acompanhado (91,67%), o que corrobora com os dados encontrados em um estudo de Belem *et al.* (2019), que tiveram como amostra alunos da Universidade Pública do Norte Central do estado do Paraná-Brasil, no qual 87,9% dos universitários não tem companheiro, 54,8% está na faixa etária de 21 anos e 75,8% moram acompanhados.

Em relação as informações sobre a área de estudo, foi encontrado que 40,28% dos estudantes faziam parte da área da saúde, 81,94% cursavam seu primeiro curso, e com relação ao período que estão atualmente,

44,45% dos avaliados estão entre o quinto e o sétimo período do curso. Já em relação ao tempo permanecido na universidade, 56,94% dos estudantes passam de seis a nove horas no ambiente universitário (

Tabela 4.2).

Tabela 4.2. Descrição das áreas de estudo relatadas pelos universitários

Variáveis		n	%
Curso atual	Ciências Humanas	6	8,34
	Ciências da Natureza	9	12,50
	Ciências Exatas	28	38,87
	Ciências da Saúde	29	40,28
	Total	72	100
Período do curso	1-4	15	20,25
	5-7	32	44,45
	8-10	25	34,72
	Total	72	100
Primeiro curso	Não	13	18,06
	Sim	59	81,94
	Total	72	100
Tempo universidade/dia	2-5	14	19,44
	6-9	41	56,94
	10 e mais	17	23,61
	Total	72	100

Tais dados não corroboram com os resultados de uma pesquisa sobre “Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários” feita por Dos Santos *et al.* (2014) no qual foi encontrado que 46,25% faziam parte da área de humanas. Os dados encontrados sobre o tempo de universidade por dia contrapõem o resultado de Lourenço e Emmel (2016) em que 89,50% dos seus avaliados passam em média cinco horas realizando atividades educacionais, sobretudo a atividade de “estar em sala de aula cumprindo carga horária da graduação”.

A Tabela 4.3 mostra que 91,67% dos universitários não possuem doença crônica e 87,50% não tomam nenhum tipo de medicamento. Em relação ao sono, 59,72% apresentaram dificuldades para dormir e 95,83% não tomam medicamentos para este fim. Considerando as horas de sono, 61,11% dos estudantes reportam dormir de 7 a 9 horas por noite.

Tabela 4.3. Caracterização dos universitários quanto a doença crônica, medicamentos e sono

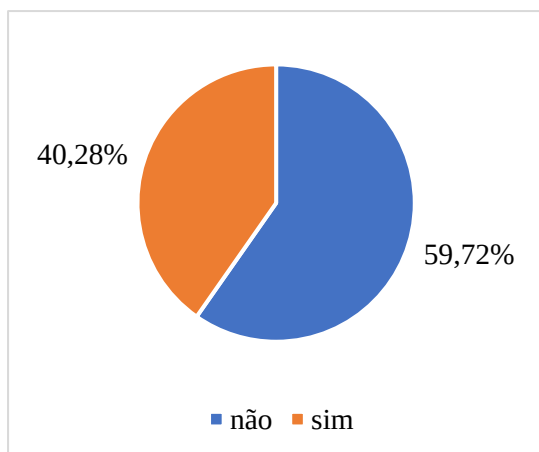
Variáveis		n	%
Doença crônica	Não	66	91,67
	Sim	6	8,33
Medicamentos	Não	63	87,50
	Sim	9	12,51
Dificuldade para dormir	Não	43	59,72
	Sim	29	40,28
Medicamento para dormir	Não	69	95,83
	Sim	3	4,17
Dorme horas/dia	4-6	44	37,50
	7-9	27	61,11
	10 ou mais	1	1,39

Em um estudo feito por Esteves *et al.* (2017) sobre “Nível de atividade física e hábitos de vida saudável de universitários portugueses”, sua amostra apresentou a mesma porcentagem em relação as doenças crônicas e ao uso de medicação, em que 84% não são doentes e 87% alegaram não tomar

nenhum tipo de medicação, porém seus resultados são opostos quando comparados à qualidade do sono, em que apenas 22% dos universitários portugueses sentem dificuldades para dormir.

De acordo com a **Erro! Fonte de referência não encontrada.**, pode-se perceber que a maior parte (59,72%) dos universitários não praticam atividade física rotineiramente, de acordo com suas respostas no questionário aplicado.

Figura 4.1. Prevalência da prática de atividade física nos universitários



Em um estudo feito por Souza (2017) sobre “Condições emocionais de estudantes universitários” a porcentagem de estudantes que não praticavam atividade física foi menor, cerca de 44,1%, mas ainda sendo considerável. Estudos demonstram que no decorrer dos cursos de graduação, gera uma predisposição a redução dos níveis de atividade física nos estudantes brasileiros, relatando que são inúmeros os elementos e obstáculos que contribuem para essa diminuição da atividade física, bem como o fator prevalente a falta de tempo, a ausência de oportunidades, a falta de interesse, diversas

complicações da saúde, a escassez de dinheiro, como também a necessidade de locais adequados as práticas (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Apesar de este último fator não condizer com a realidade do campus universitário estudado, pois este possui locais adequados, como pista de atletismo, quadras, piscina, ciclovia, há universidades que são necessitadas e realmente essa questão acaba se tornando um fator limitante.

A Tabela 4.4 mostra as médias das variáveis avaliadas pelo BRUMS.

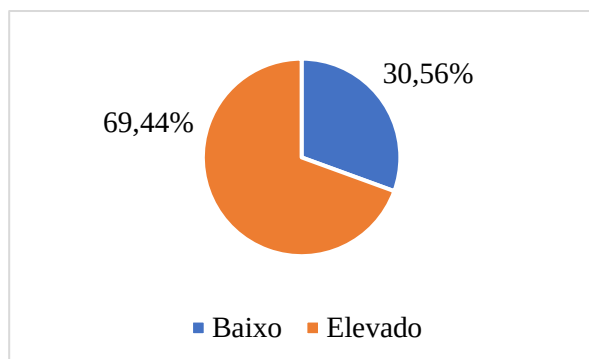
Tabela 4.4. Médias das variáveis de humor dos universitários

Variável	Média	Desvio Padrão
Tensão	6,83	4,27
Confusão	6,41	4,34
Depressão	4,54	4,40
Fadiga	7,54	4,82
Raiva	3,76	4,31
Vigor	7,36	3,25

A fadiga é uma das consequências dos problemas no sono (VALKO *et al.*, 2008) e de situações de stress. Como apresentado anteriormente elevados valores para o estresse e a qualidade do sono, é possível concluir que a fadiga apresentada pelos universitários da UFPI esteja relacionada à essas variáveis.

Quando analisado o DTH (Figura 4.2), foi constatado que dos 72 universitários avaliados 69,44% possuem um DTH elevado. De acordo com as variáveis que compõe o BRUMS, a população apresentou escores maiores em relação aos fatores negativos (Tensão, Depressão, Raiva, Fadiga e Confusão).

Figura 4.2. Percentual de DTH em universitários



Associando a atividade física ao DTH, os resultados mostraram-se influentes sobre tal, mesmo não sendo estatisticamente significativas ($p = 0,552$) (Tabela 4.5), ao contrário do que era esperado. Foi encontrado que 72,09% dos universitários que não praticam atividade física possuem um DTH elevado.

A relação com os estados emocionais é um aspecto muito relevante quanto aos objetivos e efeitos da atividade física na universidade, esses estados estão diretamente ligados a diversos sentimentos, sejam eles negativos (tensão, raiva, fadiga e depressão) ou positivos (autoestima, vigor e bem-estar), que acarretam interferências na autoestima, o bem-estar e a percepção dos níveis de esforço.

Tabela 4.5. Associação das variáveis Atividade Física e Distúrbio de Humor

Atividade Física	DISTÚRBIO TOTAL DE HUMOR				p
	BAIXO		ELEVADO		
	n	%	n	%	
Não	12	27,91	31	72,09	0,552
Sim	10	34,49	19	65,52	
Total	22	30.56	50	69.44	

Embora não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas nos estados de humor, a maior pontuação foi no

grupo não praticante, o que sugere que se há prática de atividade física, há efeito benéfico sobre os estados de humor. Uma possível explicação para a inatividade física pode ser o fato de a maioria dos universitários pertencer a área da saúde, por estes terem uma má qualidade de sono, com uma maior sobrecarga sobre esses estudantes, pela grande carga horária de estudo, estágios e tudo isso acaba gerando a falta de tempo e disposição para a prática de atividade física, consequentemente resultando em um nível de estado de humor predominantemente negativo.

A Tabela 4.6 mostra a comparação das médias da variável “vigor” entre os grupos que praticam e não praticam atividade física e pôde-se observar que a média de quem faz atividade física é maior do que aqueles que não fazem ($p = 0,02$).

Tabela 4.6. Comparação das médias da dimensão Vigor dos universitários quanto a prática de atividade física

Atividade física	VIGOR			
	n	Média	Desvio padrão	p*
Não	42	6,67	3,19	0,02
Sim	29	8,37	3,13	
Total	72	7,36	3,25	

Legenda: * $p < 0,05$.

Estudo realizado por Noce *et al.* (2016) mostrou resultados similares aos da presente pesquisa, no qual os estados de humor apresentaram maiores escores na dimensão Vigor para o grupo fisicamente ativo depois de seis meses sem, contudo, atingir os níveis de significância estatística. Assim também como em um estudo de Cruz *et al.* (2008) que também avaliou os estados de humor associados à prática desportiva, porém utilizando o questionário POMS, onde

foi encontrado uma média de 2,88 para praticantes e 2,58 para não praticantes. Tal resultado pode ser explicado pelo fato de que a prática de atividade física traz efeitos e benefícios não só sobre o bem-estar psicológico, mas também nos estados de humor dos estudantes.

Houveram algumas limitações no estudo, como uma discussão não muito aprofundada tendo em vista que são poucas as pesquisas sobre a temática com a população de estudantes universitários, principalmente utilizando as mesmas variáveis analisadas e utilizando os mesmos instrumentos para a coleta de dados. Portanto, presente estudo vem para contribuir e agregar às evidências encontradas na literatura.

CONCLUSÃO

A partir das evidências encontradas, conclui-se que não houve uma relação entre prática de atividade física e estados de humor nos universitários avaliados. O que apresentou uma relação positiva foi a variável vigor, mostrando-se com médias mais elevadas entre aquelas que praticam atividade física.

Torna-se, assim, prioritário agir de forma ativa na educação das pessoas e das comunidades, principalmente junto dos estudantes do ensino superior para promover-lhes estilos de vida saudáveis e consequentemente obter ganhos em saúde. A adoção de um estilo de vida mais ativo, através da prática da atividade física regular, tem se mostrado um fator eficaz na prevenção de doenças e na promoção da saúde tanto física quanto mental, devendo, por isso, ser estimulada durante toda a vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELEM, I.C. *et al.* Diferentes comportamentos do estilo de vida de universitários do curso de educação física. *Pensar em Movimento*, v. 17, p. 183, 2019.

CRUZ, J.F.A. *et al.* Avaliação de dimensões psicológicas nos comportamentos de exercício e atividade física em estudantes universitários: Características psicométricas de medidas de atitudes e estados de humor associados à prática desportiva. In NORONHA, A.P. *et al.* (Eds.) *Actas da XIII conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições. 2008.

DOS SANTOS, J.J.A. *et al.* Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. *ABCS Health Sciences*, v. 39, p. 17, 2014.

ESTEVES, D. *et al.* Nível de atividade física e hábitos de vida saudável de universitários portugueses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, v. 12, p. 261. 2017.

GIURGIU, M. *et al.* Sedentary behavior in everyday life relates negatively to mood: An ambulatory assessment study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, v. 29, p. 1, 2019.

LOURENÇO, M.C. & EMMEL, M.L.G. O uso do tempo em uma população de adultos jovens universitários: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Iniciação Científica*, v. 3, p. 75, 2016.

MENEZHINI, V. *et al.* Percepção de adultos mais velhos quanto à participação em programa de exercício físico com exergames: estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1033, 2016.

NOCE, F. *et al.* A 6-month comparison of quality of life and mood states between physically active and sedentary college students. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 49, p. 9, 2016.

OLIVEIRA, C.S. *et al.* Atividade física de universitários brasileiros: uma revisão da literatura. *Revista de Atenção à Saúde*. v. 12, p. 71, 2014.

SOUZA, D.C. Condições emocionais de estudantes universitários: estresse, depressão, ansiedade, solidão e suporte social. 2017. 90f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017.

TERRY, P.C. *et al.* Construct validity of the Profile of Mood States - Adolescents for use with adults. *Psychology of Sport and Exercise*, v. 4, p. 125, 2003.

TORQUATO, S.C.R. *et al.* Sedentary lifestyle and metabolic disorders among university study/Sedentarismo e alterações metabólicas entre universitários/Estilo de vida sedentário y trastornos metabólicos entre la universidad. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v. 5, p. 16. 2016.

VALKO, P. *et al.* Validation of the fatigue severity scale in a swiss cohort. *Sleep*, v. 31, p. 1601, 2008.

CAPÍTULO 5

ANSIEDADE E SEUS REFLEXOS NA PANDEMIA

Palavras-chave: Saúde Mental; Ansiedade; COVID-19

ANA ROSA REIS VASCONCELOS¹
CAMILA STÉFANI DE OLIVEIRA BARBOSA¹
EDUARDO HORTA SEABRA LANA¹
GABRIEL GUIMARÃES BARBOSA¹
GIOVANNA PRATA SILVA MELO¹
JULIA MARIA CAMPOS MARTINS¹
LUÍSA SANTIAGO RAMOS¹
RITA DE CÁSSIA PORENNA NASCIMENTO LUZ¹

1. Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte.



INTRODUÇÃO

O primeiro óbito por COVID-19 (*Corona Virus Disease* 2019) foi notificado no Brasil, em 17 de março de 2020, 20 dias após o registro do primeiro caso. Nessa data, a doença já havia sido declarada como pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e havia sido, em grande parte, controlada na China (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020 apud BARROS *et al.*, 2020). No momento em que a doença já estava disseminada por grande parte do Brasil, autoridades sanitárias e governamentais brasileiras, assim como a maioria da população, já acompanhavam os avanços e os impactos da pandemia em outros países (BARROS *et al.*, 2020).

Diante desse contexto, é compreensível que os esforços práticos e científicos estejam focados nos aspectos biológicos da doença em questão (WANG *et al.*, 2020 apud BARROS *et al.*, 2020). Todavia, o contexto pandêmico e as medidas de controle preconizadas afetam a população de várias maneiras nas condições de vida e de saúde e, entre elas, de forma significativa, o componente de saúde mental. A presença de transtornos mentais, sofrimento psíquico e alterações do sono possuem reconhecidos efeitos negativos no cotidiano e na qualidade de saúde e de vida das pessoas. Transtornos mentais podem se agravar ou constituir fatores de risco para doenças crônicas (DHAR & BARTON, 2016 apud BARROS *et al.*, 2020) e doenças virais (COUGHLIN, 2012 apud BARROS *et al.*, 2020), além de influenciar a adoção de comportamentos relacionados à saúde (BARROS, 2017 apud BARROS *et al.*, 2020).

“Em períodos de epidemias e isolamento social, a incidência ou

agravamento desses quadros tende a aumentar” (BARROS *et al.*, 2020).

O objetivo geral do trabalho foi verificar a incidência da ansiedade e seus reflexos na população e promover, posteriormente, uma maior discussão e reflexão sobre o tema e, especificamente, comparar e analisar a ocorrência ou não de alterações no cotidiano da população, devido ao cenário da pandemia da COVID-19, em vários aspectos, como ocupação profissional, bem estar geral e qualidade de vida. Propor um maior foco sobre a saúde mental visando possíveis modificações de hábitos, tendo como suporte e apoio a internet e as mídias sociais como principais formas de divulgação, também é uma finalidade.

MÉTODOS

Um formulário foi elaborado e se baseou em questões objetivas. Ele foi desenvolvido a partir da plataforma Google Formulários, compartilhado e disponibilizado via aplicativo Whatsapp. O compartilhamento foi direcionado a partir da rede de conhecidos dos pesquisadores, de forma a obter uma amostra de intenção, por retorno voluntário de respostas das pessoas que se dispuseram a participar do projeto de pesquisa. O questionário tinha uma primeira parte sobre questões sociodemográficas, e uma segunda, sobre saúde mental.

Foram analisadas as seguintes variáveis: informações gerais (sexo e idade), ocupação, bem estar geral e qualidade de vida, saúde mental e canais de informação. Cada uma delas apresenta subtópicos a serem respondidos, que posteriormente, foram avaliados e comparados, resultando em informações úteis para verificar se existe associação significativa entre a pandemia,

suas consequências na vida do indivíduo e o possível aumento da ansiedade e seus transtornos. Esses dados também servirão de subsídio para definir o público alvo e nortear as características da intervenção proposta.

Em nossa proposta criativa fizemos uma intersectorialidade através de diversos perfis digitais e de ferramentas metodológicas. Em vista disso, buscamos uma inovação através das redes sociais. Primeiramente, resolvemos utilizar o aplicativo Instagram, pois as pesquisas apontam que a taxa de engajamento e o número de visualizações cresceram significativamente no período de isolamento social, uma vez que ele foi bastante utilizado como um meio de divulgação de conteúdo.

Assim, em parceria a liga de Psiquiatria, que também aborda uma temática semelhante à nossa, resolvemos fazer uma apropriação do perfil do Instagram da liga (@lapsiunibh) durante o período de intervenção da proposta criativa, através de postagens no feed, stories e interação com o público (Figura 5.1). Além disso, como uma forma de intercâmbio de ideias, fizemos uma coadjuvação com o grupo de Projeto Interdisciplinar I do 5º período de medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH), que também abordava o tema de saúde mental durante a pandemia, através da divulgação do trabalho deles, que tinha como proposta criativa a produção de podcast com profissionais da área, fizemos isso como uma forma de intervenção, complementaridade da solução problema e medida educativa. Para complementar, fizemos um Webinar com o psicólogo Rodrigo Pazzinato, com o intuito de conversar com o público-alvo e esclarecer dúvidas acerca do tema, para que dessa forma eles se sintam mais acolhidos.

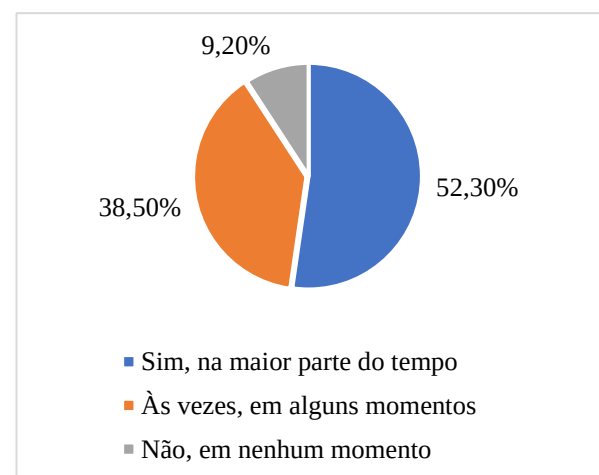
Figura 5.1. Imagem do Instagram da LAPSI



RESULTADOS E DISCUSSÃO

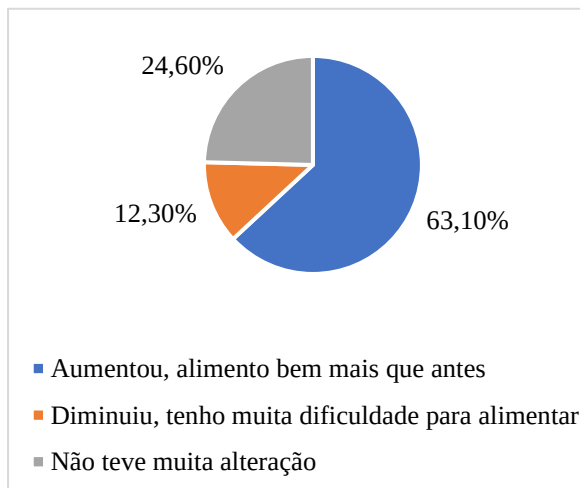
O formulário foi respondido por 65 pessoas. Das respostas obtidas, 52,3% se sentiram mais ansiosas durante a pandemia (Figura 5.2).

Figura 5.2. Respostas dos participantes voluntários no preenchimento do formulário aplicado: Durante a pandemia, você se sentiu ansioso?



O padrão de ingestão alimentar de 63,1% delas aumentou consideravelmente (Figura 5.3) e 53,8% tiveram uma diminuição em seu padrão habitual de atividade física (Figura 5.4). Esse resultado está de acordo com pesquisas que analisaram o impacto psicológico da quarentena em epidemias anteriores, que reportam efeitos psicológicos negativos. Nesses estudos, os principais fatores de estresse identificados foram a duração da quarentena, o medo da infecção, os sentimentos de frustração e de aborrecimento, a informação inadequada sobre a doença e seus cuidados, as perdas financeiras e o estigma da doença.

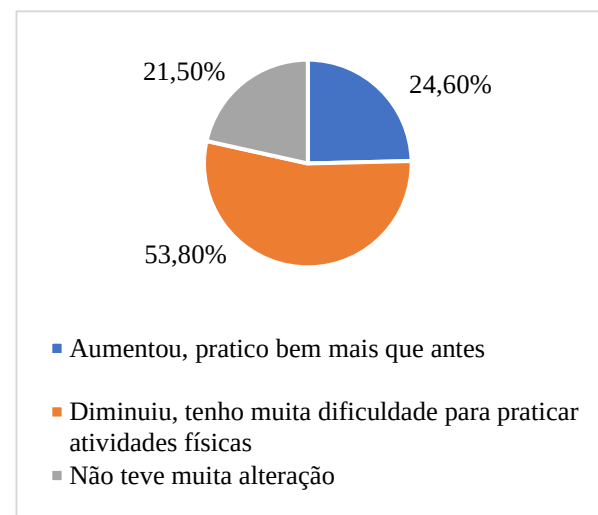
Figura 5.3. Respostas dos participantes voluntários no preenchimento do formulário aplicado: Como está o seu padrão alimentar durante a pandemia?



“Os estudos revistos relataram a ocorrência, nas pessoas em quarentena, de sintomas psicológicos, distúrbios emocionais, depressão, estresse, humor depressivo, irritabilidade, insônia e sintomas de estresse pós-traumático. Outros aspectos que vêm sendo identificados como estressores na pandemia de COVID-19 são a veiculação de informações falsas e sem base científica, as

notícias alarmantes e o excesso de tempo dedicado às notícias sobre a pandemia” (HUANG; ZHAO, 2020 apud BARROS *et al.*, 2020), de recursos financeiros e de medicação para outras doenças (ORNELL *et al.*, 2020; SHIGEMURA *et al.*, 2019 apud BARROS *et al.*, 2020).

Figura 5.4. Respostas dos participantes voluntários no preenchimento do formulário aplicado: Como está o seu padrão de atividades físicas durante a pandemia?



Com isso, apesar do isolamento social ser uma medida para a preservação da saúde física do indivíduo, é fundamental pensar em saúde mental e bem-estar das pessoas submetidas a esse período de isolamento.

Segundo uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, a ansiedade é o transtorno mais presente durante a pandemia da COVID-19. Além da ansiedade, encontrada em 86,5% dos respondentes, foi constatada uma presença moderada de transtorno do estresse pós-traumático (45,5%). A proporção de depressão grave foi um pouco mais baixa, 16% (PAGNO, 2020).

Quando identificamos um problema, nasce a oportunidade de promover mudança

para a melhora da qualidade de vida de um grupo. Por isso, buscamos identificar a raiz de um problema que permeia tanto a vida atual. A ansiedade, está imersa em praticamente todos os grupos sociais, sendo considerado um problema de saúde pública, uma vez que quase todo mundo se sente ansioso nos dias atuais. Portanto, foi necessária a criação de uma proposta de valor que pudesse englobar diferentes grupos sociais e faixas etárias e que principalmente pudesse se fazer útil em tempos tão complicados como este de distanciamento social, fruto da pandemia da COVID-19.

Sendo assim, acreditamos que por meio do estímulo a hábitos de vida mais saudáveis e a prática de exercícios físicos, bem como a promoção do acesso a mais informação sobre a ansiedade, poderemos chegar ao nosso objetivo final. Por meio dos posts publicados nos nossos perfis pessoais do Instagram, no perfil do Instagram da Liga Acadêmica de psiquiatria do UNIBH (LAPSI) e através da webinar que promovemos com o psicólogo Rodrigo Pazzinatto (sobre ansiedade e os transtornos provocados pela pandemia, esperamos poder ter transmitido aos expectadores dos conteúdos que promovemos um melhor entendimento sobre o que é ansiedade, quais os males provocados por esse transtorno, quais os fatores que o desencadeiam e sobre formas de amenizar as suas consequências.

Após a palestra que promovemos, os ouvintes conversaram e elucidaram as suas

dúvidas com o psicólogo, o que achamos de grande valia, pois além da aula sobre o transtorno que tiveram e as terapêuticas apresentadas, todos puderam sanar eventuais questionamentos e, dessa forma, serem indivíduos mais instruídos sobre o transtorno, que poderão se ajudar e ajudar amigos e familiares a combaterem de forma melhor a ansiedade. Quando identificamos um problema, nasce a oportunidade de promover mudança para a melhora da qualidade de vida de um grupo. Por isso, buscamos identificar a raiz de um problema que permeia tanto a vida atual.

CONCLUSÃO

No contexto delicado e incerto de pandemia e isolamento social que vivemos atualmente, acreditamos ter sido de grande valia a mobilização que promovemos com o intuito de sensibilizar, educar e ajudar os indivíduos com o manejo do transtorno de ansiedade. Sabemos que muitos novos indivíduos passaram a sofrer desse mal devido ao contexto que estamos vivendo. Nesse sentido, posts virtuais em plataformas como o *Instagram* e palestras como as que promovemos são uma forma eficiente em ajudar o público alvo nesse cenário, pois não necessitam de nenhuma aglomeração para acontecerem e funcionam na internet, plataforma em que a maioria dos indivíduos atualmente tem acesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, M.B.A. *et al.* Relato de tristeza/depressão. Nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, e2020427, 2020.

PAGNO, M. Ministério da Saúde divulga resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental na pandemia. Portal Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:
<<https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47527-ministerio-da-saude-divulga-resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude-mental-na-pandemia>>.

CAPÍTULO 6

IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DOS IDOSOS: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Palavras-chave: Idoso; Infecções por Coronavírus; Saúde Mental

ELIDIVANE MARTINS DE FREITAS SOARES¹
CAROLINE FARIAS BARRETO DE MOURA¹
CYNTHIA VON PAUMGARTTEN RIBEIRO ALMEIDA¹
ISABELLE GIRÃO DE OLIVEIRA LIMA¹
JÚLIA ALBUQUERQUE FEITOSA¹
LAIANE DE ALENCAR MACEDO¹
MARINA OLIVEIRA SEVERIANO¹
VIVIANE DE SOUSA OLIVEIRA¹
GERÍDICE LORNA ANDRADE MORAES²

1. Discente do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza.

2. Docente do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza.



INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, surgiu um novo vírus, o SARS-CoV-2, intitulado assim por fazer parte da família dos coronavírus (BRASIL, 2020). Diante de seu alto poder de transmissibilidade e disseminação, em março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a pandemia da COVID-19, visto que a doença já atingia todos os continentes (WHO, 2020a). A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas (BRASIL, 2020) e os principais sintomas são febre, cansaço e tosse seca. Alguns pacientes podem apresentar outras manifestações, como dor de garganta, perda de paladar ou olfato, diarreia, dor de cabeça e erupção cutânea, que geralmente são leves e começam gradualmente (OPAS-BRASIL, 2020; WHO, 2020b).

Esse contexto pandêmico está impactando de forma drástica o mundo inteiro. Embora todos os grupos estejam em risco de contrair o vírus, os idosos enfrentam sérias ameaças e novos desafios a cada dia, pois são eles que desenvolvem, geralmente, as formas mais graves da doença devido às mudanças fisiológicas que acompanham o envelhecimento e às condições de saúde preexistentes (WHO, 2020b). Além disso, a pandemia da COVID-19 está associada a uma mortalidade relativamente maior entre idosos, com taxas variando de 3,6% a 14,8%, mundialmente. No Brasil, de acordo com Barbosa *et al.* (2021) 69,3% dos óbitos foram em idosos, sendo que 64% desses indivíduos apresentavam ao menos um fator de risco para o desenvolvimento de quadros graves da doença, como hipertensão arterial sistêmica,

diabetes, câncer e problemas cardíacos ou pulmonares (OPAS-BRASIL, 2020).

Diante desse cenário e visando impedir o colapso dos sistemas de saúde, o isolamento social e o distanciamento social se tornaram as medidas de maior impacto para deter a transmissão do vírus (WHO, 2020a). Segundo Reis-Filho (2020, *apud* PEREIRA *et al.*, 2020), entre essas providências não farmacológicas, adota-se como primeira medida o distanciamento social, com o intuito de diminuir a frequência e a duração do contato social entre pessoas de todas as idades, evitando aglomerações e assegurando, no mínimo, um metro e meio de distância entre as pessoas, visando assim, a redução da transmissão comunitária. No tocante a casos extremos, deve-se adotar o Isolamento Social (IS), conceituado assim, pois inviabiliza que as pessoas saiam de suas casas, a fim de evitar a proliferação do vírus (PEREIRA *et al.*, 2020). Essas restrições, a cada dia, vêm desafiando o poder de resiliência dos idosos e da população em geral.

Nessa perspectiva, esse contexto de menor convívio social, necessário ao controle da doença, pode ter um grande impacto na saúde psicoemocional. Se essas restrições forem prolongadas, há uma forte tendência de aumentar o risco dos indivíduos sofrerem de problemas de saúde mental grave e incapacitante, como transtornos de ansiedade, pânico, obsessivo-compulsivo, estresse e traumas. A pandemia acabará, mas o efeito dela na saúde mental da população permanecerá por muito tempo (FIORILLO & GORWOOD, 2020). Assim, além das implicações na saúde física, essa doença também tem relevância sobre a saúde mental e portanto, configura-se como um problema de saúde pública (MEHRA *et al.*, 2020).

Dessa forma, esse trabalho mostra-se relevante pois poderá contribuir com a apresentação de dados sobre os efeitos desse panorama adverso à saúde psicoemocional em pessoas acima de 60 anos, a fim de que possam ser elaboradas e implementadas políticas públicas para minimizar os prejuízos causados a esses indivíduos durante e após a pandemia. Logo, este estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura científica sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos idosos.

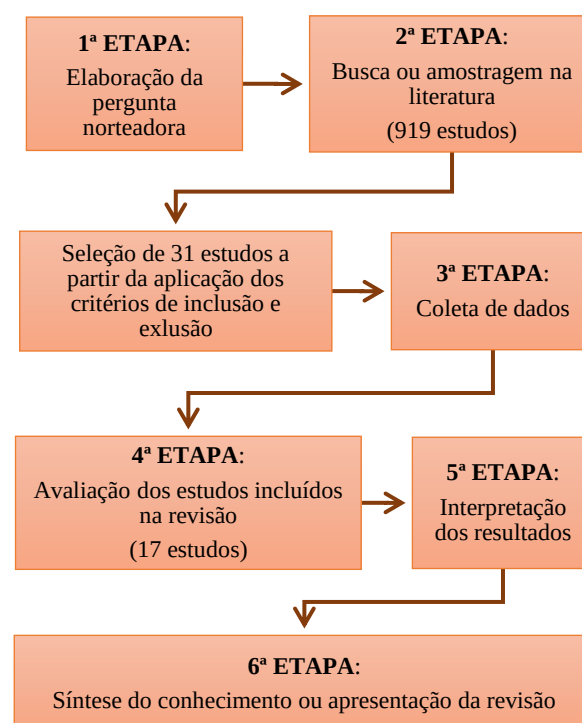
MÉTODO

Trata-se de um estudo caracterizado como uma Revisão Integrativa da Literatura, que sintetiza os múltiplos estudos publicados e analisa as pesquisas relevantes, possibilitando, por meio de um levantamento bibliográfico eletrônico, conclusões gerais sobre o assunto em questão e sua área de estudo particular. Foram utilizadas seis etapas na pesquisa para elaboração do estudo, que estão ilustradas no fluxograma da Figura 6.1 e que seguiram as seguintes condições: (1) Elaboração da pergunta norteadora; (2) Busca ou amostragem na literatura; (3) Coleta de dados; (4) Análise crítica dos estudos incluídos; (5) Interpretação dos resultados; (6) Síntese do conhecimento (SOUZA *et al.*, 2010).

A primeira etapa foi constituída pela determinação do problema com a pergunta norteadora “O que a literatura apresenta sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos idosos?”; da identificação dos descritores de assunto tanto na língua portuguesa quanto na língua inglesa “Idoso” (“Aged”), “Infecções por coronavírus” (“*Coronavirus Infections*”), “Saúde Mental” (“*Mental Health*”) e “Pandemia” (“*Pandemics*”); seguida pela elaboração do

objetivo “Analisar o que a literatura científica apresenta sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos idosos” e pela definição das bases de dados a serem utilizadas na pesquisa: PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google Acadêmico e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Figura 6.1. Fluxograma da metodologia adotada



Na segunda etapa do processo da construção do estudo, foram realizadas as buscas nas referidas bases de dados, que resultaram na obtenção de 919 estudos. Em seguida, os trabalhos científicos encontrados passaram por uma análise baseada em critérios de elegibilidade. Tendo como critérios de inclusão: textos completos com livre acesso, textos em inglês, português e espanhol e período temporal de março de 2020 a fevereiro de 2021 e de exclusão: textos fora do contexto da pergunta norteadora, textos repetidos, textos sem livre acesso e artigos do

tipo editorial. Resultando, dessa forma, em 31 artigos após aplicação dos referidos critérios.

Já a terceira etapa ocorreu com o ajuste da precisão nas informações dos estudos, por intermédio da construção de uma planilha contendo objetivos, público-alvo, tipo de estudo, metodologia, resultados e discussão; de forma resumida, para o reconhecimento dos dados específicos de cada artigo científico.

Na quarta etapa, foi formalizada uma análise crítica dos estudos selecionados e dos processos de inclusão e exclusão de todos os artigos, iniciando a imposição das análises estatísticas individualmente. Totalizando, assim, 17 estudos selecionados.

A quinta etapa se constituiu na leitura integral de cada estudo, baseando-se em dois pilares: discussão acerca dos resultados e formulação de sugestões para futuras pesquisas. Por fim, a sexta etapa se definiu na formulação da síntese das evidências disponíveis e na criação do documento com a condensação do conhecimento, descrevendo detalhadamente a Revisão Integrativa da Literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados e analisados 17 estudos, os quais estão organizados por características na Tabela 6.1.

A interpretação e a síntese dos conteúdos abordados permitiram observar que 6 pesquisas (35,3%) são revisões literárias e 11 (64,7%) são do tipo transversal observacional, das quais 4 versam sobre o ser idoso, 2 tratam sobre idosos com doenças neuropsiquiátricas prévias e 5 são de abordagem populacional com comparativo de diferentes faixas etárias. Do total de artigos incluídos neste trabalho, 16 foram publicados

em 2020 e apenas um em 2021, o que é coerente com o fato do panorama analisado ser muito recente e ainda vigente.

De fato, de acordo com Kronbichler *et al.* (2020) a pandemia por COVID-19 causa uma grande emergência de saúde pública em diversos países. Até o período de realização deste estudo, a infecção por SARS-CoV-2 esteve associada a uma mortalidade relativamente maior entre pessoas com mais de 60 anos, havendo uma relação direta do aumento da idade com o maior risco de gravidade da doença (CDC, 2021). Além da problemática constituída pela própria infecção viral, a pandemia em curso trouxe diversas mudanças em diferentes padrões de viver em sociedade, atrelados, também, ao distanciamento social e aos períodos de quarentena; que tiveram efeitos negativos sobre a saúde mental de muitos indivíduos (PAPPA *et al.*, 2020).

Outro fator a ser considerado é que o distanciamento social também contribui para a redução de atividades físicas, as quais, comprovadamente, estão associadas à prevenção de problemas de saúde mental (MAMMEN & FAULKNER, 2013 *apud* WONG *et al.*, 2020).

Nesse contexto, Wong *et al.* (2020) realizaram uma avaliação comparativa de escalas de solidão, ansiedade, depressão e insônia no período de 24 de março a 15 de abril de 2020, por meio de testes, escalas e questionários padronizados aplicados por contato telefônico, com pacientes portadores de multimorbidades e acima de 60 anos em Hong Kong. Os resultados obtidos na avaliação durante o surto da COVID-19 foram comparados com dados anteriores, coletados entre 2016 e 2017, o que resultou na identificação de uma acentuada deterioração da saúde mental das pessoas envolvidas.

Tabela 6.1. Tabela síntese dos estudos analisados

Artigo	Título	Autor e ano	Percorso metodológico	Periódico	País do estudo
1	Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care	WONG <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal	British Journal of General Practice	Hong Kong
2	Compliance to Recommendations and Mental Health Consequences among Elderly in Sweden during the Initial Phase of the COVID-19 Pandemic – A Cross Sectional Online Survey	GUSTAVSSON e BECKMAN, 2020	Estudo transversal	International Journal of Environ. Res. and Public Health	Suécia
3	COVID-19-Related Loneliness and Psychiatric Symptoms Among Older Adults: The Buffering Role of Subjective Age	SHRIRA <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal	American Journal of Geriatric Psychiatry	Israel
4	Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young-old and the old-old adults	LÓPEZ <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal	American Journal of Geriatric Psychiatry	Espanha
5	Experiences of American Older Adults with Pre-existing Depression During The Beginnings of The COVID-19 Pandemic: A Multicity, Mixed-Methods Study	HAMM <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal	American Journal of Geriatric Psychiatry	Estados Unidos
6	High depression and anxiety in people with Alzheimer's disease living in retirement homes during the COVID-19 crisis	HAI <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal	Psychiatry Research	França
7	COVID-19 Pandemic: Age-Related Differences in Measures of Stress, Anxiety and Depression in Canada	NWACHUKWU <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal	International Journal of Environ. Res. and Public Health	Canadá
8	Mental Health in Elderly Spanish People in Times of COVID-19 Outbreak	FERNANDÉZ <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal	American Journal of Geriatric Psychiatry	Espanha
9	Early Psychological Correlates Associated With COVID-19 in A Spanish Older Adult Sample	BASCARÁN, 2020	Estudo transversal	American Journal of Geriatric Psychiatry	Espanha
10	Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic	LI <i>et al.</i> , 2021	Estudo transversal	BMC Psychiatry	China
11	Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19	BALTAR, 2020	Estudo transversal	Revista Española de Geriatria y Gerontología	Espanha
12	COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa	COSTA <i>et al.</i> , 2020	Revisão bibliográfica integrativa	Brazilian Journal of Development	Brasil

13	The Impact of COVID-19 Infection and Enforced Prolonged Social Isolation on Neuropsychiatric Symptoms in Older Adults With and Without Dementia: A Review	MANCA <i>et al.</i> , 2020	Revisão sistemática	Frontiers Psychiatry	Inglaterra
14	Covid-19 e saúde mental: uma tentativa de olhar sobre a situação das pessoas idosas	LIMA, 2020	Revisão literária narrativa	Temas em saúde	Brasil
15	Impacto da Covid-19 na população idosa	GALISA <i>et al.</i> , 2020	Revisão literária narrativa	VII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano	Brasil
16	Saúde mental e o isolamento social de idosos em período de pandemia	SANTOS <i>et al.</i> , 2020	Revisão bibliográfica integrativa	Revista Nursing	Brasil
17	Isolamento social: um olhar a saúde mental de idosos durante a pandemia do COVID-19	SANTOS <i>et al.</i> , 2020	Revisão bibliográfica integrativa	Research, Society and Development	Brasil

Além desse desenlace global, foram identificados fatores associados a um maior risco de resultados piores para os parâmetros avaliados, como ser do sexo feminino, viver em moradia individual e ter mais doenças crônicas conexas.

Em reforço a essa constatação, Gustavsson e Beckman (2020) avaliaram a autopercepção do estado mental de idosos no período de 16 de abril a 15 de maio de 2020, por meio de uma pesquisa online envolvendo 1.854 pessoas acima de 70 anos na Suécia, que resultou no indicativo de que cerca de metade dos envolvidos reportaram a associação de problemas de saúde mental, como insônia e sintomas depressivos, à pandemia vigente. Neste estudo, foram observados parâmetros semelhantes a Wong *et al.* (2020), relacionados às mulheres, que relataram mais sentimentos negativos do que os homens, como ter problemas para dormir, sentir-se deprimido e ter dificuldades de concentração.

Visando uma possível análise heterogênea entre os senis, López *et al.* (2020) e Shrira *et al.* (2020) realizaram estudos transversais para examinar a influência da idade sobre a percepção da saúde mental no contexto pandêmico de 2020.

O primeiro estudo foi desenvolvido com idosos residentes na comunidade na Espanha, sem comprometimento cognitivo grave e que eram capazes e dispostos a responder à pesquisa. O recrutamento se deu por meio de plataformas virtuais e redes sociais para o preenchimento de questionários padronizados. O grupo de participantes (873 pessoas) foi dividido de acordo com a idade cronológica em idosos adultos (entre 60 e 70 anos) e idosos senis (entre 71 a 80 anos). Os resultados obtidos não evidenciaram nenhuma diferença significativa entre os dois agrupamentos em qualquer relação direta ou indireta sobre a autopercepção do comprometimento do bem-estar psicológico associado à COVID-19. Os autores relatam que o impacto da doença, exceto pela perda de um ente querido, pareceu ser menos impactante na percepção dos idosos do que suas estratégias de regulação de sentimentos positivos, que os faz direcionar a atenção para o manejo de experiências favoráveis.

Além disso, é reportado que algumas variáveis sociodemográficas ou relacionadas à saúde física tiveram um reflexo no bem-estar nos idosos, corroborando com Ryff (2014), que ressalta que fatores como percepção de

saúde, funcionamento familiar, resiliência, gratidão e aceitação teriam associações significativas e favoráveis à eudaimonia.

Já o segundo estudo, conduzido por Shira *et al.* (2020) em Israel, examinou se a idade subjetiva moderava a percepção de solidão e problemas psicoemocionais devido à COVID-19, em um grupo de 277 idosos. Os participantes foram recrutados pela internet para responderem questionários padronizados abrangendo aspectos de identificação, idade autopercebida, solidão, sintomas de ansiedade, depressão e angústia peritraumática. A idade subjetiva foi avaliada por uma escala de 4 itens referentes a aspectos mentais, físicos, comportamentais e relacionados à aparência da identidade. A pesquisa constatou uma relação direta entre a solidão devida à pandemia de COVID-19 e sintomas psiquiátricos, sendo essa relação fraca entre aqueles que se sentiam mais jovens do que sua idade e mais robusta entre aqueles que se sentiam mais velhos do que sua idade cronológica.

Assim, os resultados analisados evidenciaram que a idade subjetiva jovem pode enfraquecer a associação de sintomas de solidão. Já os senis com uma identidade de idade mais velha, são mais suscetíveis aos seus efeitos adversos. Nessa perspectiva, os autores indicam que a idade subjetiva dos idosos pode ajudar a identificar indivíduos com maior risco de sofrer de solidão como forma de triagem e intervenções no contexto de pandemia.

Partindo para uma abordagem focal, Hamm *et al.* (2020) avaliaram o efeito da pandemia na saúde mental de idosos com transtorno depressivo maior (TDM), residentes na comunidade. O trabalho foi desenvolvido por meio de um estudo transversal multicêntrico envolvendo 73

idosos de 4 cidades dos Estados Unidos, que participaram de entrevistas qualitativas cujos roteiros visavam a avaliação do acesso percebido aos cuidados de saúde e de sintomas de depressão, ansiedade, isolamento social, qualidade de vida e enfrentamento, com base em escalas validadas. Os dados foram comparados com índices obtidos em pesquisas anteriores de modo a fomentar a análise de parâmetros em dois períodos, pré-pandêmico e durante a pandemia.

Os resultados mostraram que a maioria dos idosos considerou mais fácil suportar o isolamento do que lidar com o vírus, visto que se percebiam como grupo vulnerável e com maior risco de morte. Ademais, apesar do relato do aumento da depressão e da ansiedade, foi verificado uma maior resiliência desses idosos durante o período do isolamento. Tal fato, foi atribuído a experiências passadas com a depressão e as estratégias adquiridas, ao longo do tempo, para trabalhar o corpo e ocupar a mente, as quais os afastaram do ócio e dos pensamentos negativos. Além disso, outros aspectos foram associados a melhor adaptação, como o fato de já não serem tão sociáveis, da maioria não residir sozinho e a presença de animal de estimação no domicílio. Já os que residiam sozinhos, mantiveram contato com seus familiares por telefone ou videochamadas ou participaram de grupos de apoio online.

Apesar de todas essas estratégias, os idosos perceberam uma queda na qualidade de vida devido a ausência de atividades de lazer e de prazer, assim como, pela ausência de consultas ou dificuldade de teleconsultas, temendo que sua saúde mental fosse afetada a longo prazo, caso o isolamento persistisse. Por fim, este estudo não evidenciou aumento da depressão clínica, ansiedade ou pensamentos suicidas quando comparados com os sintomas

pré-pandêmicos e ainda sugeriu que as estratégias de enfrentamento ao TDM e o autocuidado utilizados pelos idosos contribuíram para este resultado.

Além do contexto de idosos residentes na comunidade, é importante destacar que a pandemia da COVID-19 se tornou um grande desafio para as instituições de longa permanência (ILPs), não só pelo fato de abrigarem as pessoas com maior risco de adoecimento e letalidade como também pelo fato da maior chance de propagação do vírus devido à proximidade entre os seus moradores. Um estudo realizado por Machado *et al.* (2020) mostrou que entre os países que informaram os óbitos entre idosos, no mês de abril de 2020, quase metade destes viviam em ILPs. Diante desse cenário, muitas instituições tiveram que implementar medidas drásticas de isolamento social com a finalidade de proteger e resguardar seus idosos, o que impactou diretamente na saúde mental desses indivíduos.

Nessa perspectiva, El Haj *et al.* (2020) realizaram uma pesquisa com 58 idosos com diagnóstico clínico de Alzheimer que residiam em ILPs na França. Os resultados do estudo mostraram que os pacientes relataram maior ansiedade e depressão durante o período da pandemia do que antes desse período. Apesar de, Costa *et al.* (2015) e Ascensão (2015) já terem mostrado relação entre a doença de Alzheimer e sintomas neuropsiquiátricos, como depressão e ansiedade, assim como a presença do viés de memória nos pacientes com demência, o estudo de El Haj *et al.* (2020) evidenciou elevação dos índices de depressão e ansiedade antes da pandemia e agravamento destes durante a pandemia, o que pode ter sido causado pelas mudanças na rotina impostas pelo isolamento social como: confinamento

nos apartamentos, distanciamento nas enfermarias, ausência de contato físico com familiares e amigos, redução de contato físico com os cuidadores, além do fato de não poder se despedir dos pacientes falecidos.

Já os estudos populacionais encontrados, que tem como objetivo analisar a saúde mental em diversas faixas etárias no período pandêmico, afirmam que há uma relação direta entre a idade e o desenvolvimento ou agravamento de distúrbios mentais. Entretanto, diferente de pesquisas centradas totalmente no idoso e do pensamento comum da população, tais estudos indicam que a fase de vida mais afetada é a dos indivíduos jovens. Miliauskas *et al.* (2020) explica que os jovens estão mais predispostos a estarem em uma fase adversa por se encontrarem em um processo de mudanças pessoais e de formação de valores, assim, necessitam de relacionamentos diferentes para terem outras orientações. Durante a pandemia de coronavírus isso tem se tornado mais dificultoso por causa das restrições impostas, o que tende a contribuir para o agravamento de sintomas psicológicos.

Confirmando o que foi citado, Nwachukwu *et al.* (2020) desenvolveram um estudo por meio de inquéritos online, durante o mês de março de 2020, com canadenses que se cadastraram em um programa de mensagens motivacionais diárias, disponibilizado pelo serviço de saúde da província Alberta, Canadá. A pesquisa teve a finalidade de avaliar o estresse, a ansiedade e a depressão dos inscritos no período pandêmico e mostrou que os jovens apresentaram maior grau de perturbação mental quando comparados a pessoas da terceira idade. Os autores reportam que isso se deve ao fato destes indivíduos estarem no processo de construção da vida acadêmica,

profissional e social; e, com o surto de coronavírus, estas estão ameaçadas, acarretando incertezas sobre o futuro.

Em paralelo, os idosos, por estarem na última fase de vida, já construíram a base de sua existência e, assim, já possuem uma maior estabilidade mental que se vê durante momentos críticos, pois eles não têm projetos em risco. Ademais, com a maior vivência do indivíduo idoso muitos já enfrentaram outras pandemias e guerras, adquirindo, com essas situações, maior resiliência, que é a preservação da saúde mental diante da adversidade. Além disso, o estudo apresenta que os meios de comunicação têm grande impacto na diferença de sintomas mentais entre as faixas etárias, porque o excesso de informações sobre a pandemia do SARS-CoV-2 pode trazer uma maior angústia sobre a situação pandêmica. Possivelmente, pelo fato dos jovens possuírem um maior acesso a redes sociais e meios de comunicação em geral em comparação aos idosos, reafirmando a relação direta entre a pior qualidade da saúde mental e a abundância de informações sobre o coronavírus.

As emergências de saúde, a exemplo da pandemia da COVID-19, podem desencadear reflexos negativos nas reações emocionais e em comportamentos não saudáveis como o uso excessivo de substâncias psicoativas, devido ao sofrimento emocional enfrentado nesses períodos (PFEFFERBAUM, 2020). Com isso, Fernández *et al.* (2020) realizaram um inquérito, nos dias 29 de março a 5 de abril de 2020, que foi divulgado à população através de sites e outros meios de comunicação da Espanha.

O estudo abrangeu 1.639 pessoas, sendo 150 com idade igual ou maior que 60 anos e 1489 menor que 60 anos, e teve a

finalidade de identificar sinais de ansiedade e depressão, bem como a relação da situação de isolamento com a prática de atividade física, uso de ansiolíticos e substâncias alcoólicas. Nos resultados, notou-se que as pessoas com mais de 60 anos tinham menor disposição a desenvolver depressão e estresse em comparativo com as pessoas mais jovens, não havendo diferença significativa em relação aos índices de ansiedade entre as faixas etárias. Todavia, o uso de substâncias ansiolíticas e alcoólicas aumentou nos indivíduos da terceira idade, o que pode ser associado ao melhor quadro de saúde mental devido ao uso desses fatores relaxantes. Ademais, não foi encontrada associação significativa entre a ausência da atividade física e sintomas psicológicos.

Reforçando o que foi analisado nas obras acima, em relação ao melhor bem-estar psicoemocional dos idosos frente às pessoas mais jovens, Baltar *et al.* (2020) contactaram 1501 espanhóis entre 18 a 88 anos através de meios de comunicação, durante os dias 21 de março a 13 de abril de 2020, a fim de analisar a presença de sintomas neuropsicológicos entre jovens, pessoas de meia idade e idosos durante a pandemia da COVID-19. A conclusão do estudo foi a de que os jovens possuem maior risco de apresentarem desconcertos mentais comparado aos mais velhos. Essa constatação pode estar atrelada ao fato de que a mocidade vivenciou uma maior mudança na rotina, em consequência destes indivíduos praticarem mais atividades sociais e de lazer, ao contrário das pessoas da terceira idade, que possuem, normalmente, menor mobilidade social.

Outrossim, essa pesquisa evidenciou a relação da autopercepção do envelhecimento com o bem-estar mental em todas as faixas etárias, pois os sujeitos que demonstraram um

olhar negativo sobre o envelhecer foram associados a uma maior predisposição de desenvolver sintomas psicológicos, corroborando com a afirmação de Mari *et al.* (2016) de que a percepção do indivíduo sobre o processo de envelhecimento é preditora de um estilo de vida e é influenciada pela maneira que ele enfrenta as demandas cotidianas.

Uma outra pesquisa realizada por Bascarán *et al.* (2020), em março de 2020, na Espanha, aplicou escalas de depressão e estresse, por meio de um inquérito online, para avaliar sintomas psicológicos durante a pandemia em indivíduos com mais de 18 anos. Os resultados obtidos permitiram identificar fatores de risco e fatores protetivos para o desenvolvimento de problemas psicológicos no contexto da pandemia em curso. Os primeiros incluíam: sexo feminino, ter histórico de psicopatologia, possuir familiares infectados por COVID-19 e residir com pessoas idosas, que são indivíduos de risco. Já os fatores protetivos foram: ser jovem e ter crianças em casa. Um elemento de proteção analisado em todas as faixas etárias foi a ocupação de tempo ocioso com múltiplas atividades, que ajudou a melhorar a forma de lidar com ocasiões estressantes.

Por fim, uma área importante durante o período pandêmico e que traz diferenças na prevenção e no desenvolvimento de psicopatologias é o suporte social, que segundo Souza *et al.* (2008) é o arcabouço da manutenção da saúde mental, da maneira de enfrentar situações estressantes e do alívio de estresse físico e social. Para analisar essa constatação, uma pesquisa feita na China por Fugui *et al.* (2020) adquiriu dados de 23.192 indivíduos com idade de 18 a 85 anos, utilizando um checklist sobre apoio e assistência social, a escala de resiliência e o

inventário de saúde mental. As informações foram obtidas por meio do preenchimento destas na plataforma online de um Hospital associado com a Universidade de Ciência e Tecnologia, durante os meses de março e abril de 2020. Nos resultados, foram observados a relação entre a resiliência e o suporte social com as faixas etárias e o desempenho psicológico frente a COVID-19. Os idosos obtiveram uma saúde mental mais adequada em comparação com outras idades, afirmando a associação desta com o apoio social, pois os indivíduos da terceira idade tendem a valorizar mais as relações interpessoais do que os jovens.

Corroborando com os estudos observacionais, as revisões sistemáticas evidenciaram uma relação direta entre o aumento de prejuízos na saúde mental dos idosos e o isolamento social imposto, relacionando como fatores agravantes o fato de comporem grupo de risco para a doença, a redução do convívio social e familiar, o excesso de informações verdadeiras e falsas nas mídias sociais e a inatividade física.

Os seis estudos analisados foram unânimes em afirmar que o distanciamento social para o idoso contribuiu fortemente para um declínio em sua saúde mental. Galisa *et al.* (2020) comentam a respeito do dilema enfrentado pela população idosa, uma vez que ao mesmo tempo que os mesmos estão em alto risco e necessitam de medidas rigorosas, essas mesmas medidas podem causar um declínio cognitivo e funcional. Costa *et al.* (2020) ainda comentam a respeito do grande número de idosos que já necessitam de ajuda para realização de suas atividades diárias, apontando esse grupo específico como ainda mais vulnerável aos desafios do isolamento social.

Um outro fator visto nas revisões sistemáticas foi o fato de que quanto maior a percepção de solidão vivenciada pelo idoso, maior seriam os efeitos deletérios do isolamento para o mesmo. Azeredo e Afonso (2016) afirmam que a percepção de solidão de um idoso irá depender de diversos fatores como a cultura que está inserido, o relacionamento com familiares e amigos, a participação em atividades sociais e o próprio grau de independência do mesmo. Tais fatores estão sendo afetados pelas restrições impostas pela pandemia em questão, aumentando o número de idosos que se percebem solitários. Manca *et al.* (2020) concluíram que idosos saudáveis forçados ao isolamento social reportaram maiores níveis de estresse, ansiedade e depressão, associando os mesmos ao sentimento de solidão. Costa *et al.* (2020) corroboram com o que foi dito ao afirmar que o distanciamento social também pode levar a uma maior sensação de isolamento e solidão, que são fatores de risco para o desenvolvimento de depressão e comprometimento cognitivo.

É importante salientar, também, que foi observado a relação do declínio da saúde mental com a saúde física do idoso. Alguns estudos apontaram o risco de aparecimento ou de piora de diversas doenças comuns a esse grupo. Galisa *et al.* (2020) comenta a respeito do risco aumentado de desenvolver doenças coronarianas ou acidentes vasculares cerebrais devido ao nível de estresse e ansiedade atribuído a esses indivíduos. Costa *et al.* (2020) também comentam que o isolamento social entre os idosos é uma séria preocupação de saúde pública devido ao risco aumentado de problemas cardiovasculares e autoimunes, além de neurocognitivos e mentais. A falta de atividade física ocasionada pelo isolamento também é outra possível

causa para o declínio da saúde mental e física das pessoas com mais de 60 anos. A redução de 1000 passos dados por dia pelos idosos, pode contribuir para a diminuição da massa muscular, força, equilíbrio e flexibilidade, além de alterar o controle glicêmico e o estado inflamatório (LIMA, 2020). O estudo feito por Santos *et al.* (2020b) ainda comenta acerca da importância da atividade física para a saúde mental e afirma que o sedentarismo durante o isolamento social é difícil de ser combatido.

Por fim, alguns estudos também apontam o papel das mídias sociais no aumento dos níveis de estresse do idoso durante a pandemia. Santos *et al.* (2020a) comentam que os idosos estão no centro das atenções das mídias devido ao alto risco de mortalidade nesse grupo e que existem muitas informações circulando, sendo algumas verdadeiras e outras falsas. Os mesmos autores afirmam que a privação do convívio social associado ao bombardeamento de informações acaba trazendo um excesso de ansiedade, medo e angústia. Santos *et al.* (2020b) também observaram em uma de suas pesquisas analisadas que havia, entre os idosos, pânico e aumento na dificuldade de dormir após acompanhar as notícias da pandemia em noticiários e na mídia geral.

Apesar disso, os mesmos autores também afirmam que a tecnologia e as mídias sociais podem ser usadas a favor da saúde mental dos idosos nesse momento de dificuldade causado pela pandemia. Tais meios de comunicação podem ajudar a diminuir a solidão ao favorecer a manutenção de contato com familiares e amigos, por meio de ligações telefônicas ou via redes sociais, a fim de buscar apoio, reduzir o tédio e a sensação de solidão. A síntese dos principais aspectos abordados nos estudos selecionados está elencada na Tabela 6.2.

Tabela 6.2. Síntese dos achados sobre a saúde mental dos idosos em período de pandemia por COVID-19

Artigo	Principais achados
1	A Saúde psicossocial de pacientes idosos com multimorbidade mostrou-se acentuadamente deteriorada.
2	Metade dos participantes afirmam que o isolamento forçado e o distanciamento social impactaram sua saúde social.
3	Idosos com menor idade subjetiva apresentam uma fraca relação entre solidão e sintomas psiquiátricos. Idosos com uma idade subjetiva maior estão mais susceptíveis a efeitos adversos da solidão.
4	Os resultados obtidos não evidenciaram nenhuma diferença significativa entre idosos adultos e idosos senis, em qualquer relação direta ou indireta, sobre a autopercepção do comprometimento do bem-estar psicológico associado ao COVID-19
5	A maioria dos idosos com transtorno depressivo maior prévio mostrou capacidade de resiliência nos primeiros 2 meses da pandemia, mas mostraram preocupações pelo futuro.
6	Os índices de depressão e ansiedade foram maiores durante a pandemia do que antes, que podem ser devido as mudanças drásticas do dia a dia dentro das casas de repouso e o distanciamento dos seus cuidadores.
7	As taxas de prevalência e as pontuações médias de estresse, ansiedade e depressão em escalas padronizadas é decrescente de assinantes mais jovens para mais os mais velhos.
8	Indivíduos com mais de 60 anos apresentaram-se menos vulneráveis que os participantes mais jovens a sofrer de depressão e estresse agudo, além disso, eles não mostraram diferenças nos níveis de ansiedade durante o pico da pandemia quando comparados ao grupo com menos de 60 anos de idade.
9	Independentemente do estado mental, os estilos evitadores e depressivos foram os mais prevalentes na de adultos mais velhos. O principal fator de proteção em todos os subgrupos foi a capacidade de aproveitar o tempo livre, enquanto os principais fatores de risco eram o sexo feminino e o histórico atual ou passado de distúrbios mentais.
10	Idosos gozam de uma melhor saúde mental que adultos e jovens adultos no contexto da pandemia. A resiliência é um bom preditivo para a boa saúde mental durante o isolamento social. Apenas um nível grande de suporte social pode suprir uma deficiência de resiliência de forma a não afetar a saúde mental de um indivíduo.
11	Os idosos relatam menos sofrimento psicológico do que outras faixas etárias. Ter uma autopercepção negativa elevada do envelhecimento prejudica a saúde psicológica, independentemente da idade.
12	Todos os aspectos acabam interferindo na vida do idoso em várias proporções, até mesmo naqueles que não estão infectados, possuindo um medo constante de ser acometido pelo vírus, isso acaba afetando as práticas de atividades diárias e por consequência o psicológico, até mesmo suas funções corporais
13	A pandemia de COVID-19 tem um amplo impacto negativo no bem-estar mental dos adultos mais velhos com e sem demência. A infecção viral e o consequente isolamento social para limitar a sua propagação têm uma série de consequências neuropsiquiátricas.
14	O envelhecimento é historicamente tratado a partir da negação e exclusão e foi constatado que com o advento da pandemia isso ganhou ainda mais vigor e precisa ser enfrentado. Então faz-se necessário buscar soluções para a diminuição da solidão dos idosos nesse período de pandemia.
15	É fundamental o gerenciamento efetivo da solidão em relação ao isolamento social de idosos, pois as medidas de distanciamento social, mesmo contribuindo para a menor disseminação do vírus, pode influenciar negativamente na saúde mental.
16	O isolamento social é necessário, mas é válido que ocorram ações em promoção de saúde mental, pois fica claro que o isolamento causa consequências a mente dos idosos e agrava a depressão e ansiedade daqueles que já possuem.
17	Reconhece-se a importância do isolamento na profilaxia do COVID-19, no entanto, percebe-se que este pode desencadear e/ou agravar distúrbios psicológicos em idosos. Alguns países têm adotado estratégias para trabalhar a população idosa em situação de isolamento social.

CONCLUSÃO

Dessa forma, foi visto que na pandemia da COVID-19, apesar de toda a população está exposta a medidas restritivas, como isolamento social e distanciamento social, os quais foram estabelecidos em diversos países; os indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos estão mais propensos a desenvolver repercussões psicológicas negativas, tais como ansiedade, insônia e estresse.

De acordo com a análise dos estudos selecionados, houve um aumento de sintomas como ansiedade e depressão nos idosos em geral e em pacientes institucionalizados com doença de Alzheimer. Porém, para os pacientes com desordem depressiva grave e doenças neuropsiquiátricas prévias não houve alterações significativas, e o diagnóstico precedente ao contexto da pandemia foi considerado um fator protetivo. Outro fator considerado de proteção à saúde psicológica foi a autopercepção positiva do envelhecer, em comparação a indivíduos que, independentemente da faixa etária, possuem uma exacerbada visão negativa do envelhecimento.

Em contrapartida, estudos realizados com diversas faixas etárias, apontam que os jovens apresentaram maior grau de perturbação mental. Nesse sentido, devido à ampla vivência do idoso e por terem adquirido resiliência ao longo das intempéries da vida, já tendo enfrentado guerras, epidemias ou mesmo pandemias, eles gozam de uma melhor saúde mental que adultos e jovens adultos no contexto da pandemia.

Dada a necessidade do isolamento social e tendo em vista suas repercussões negativas na saúde psicoemocional, deve-se buscar formas de manter a ação protetora

desse isolamento físico, sem, contudo, privar o idoso de todas as interações, demonstrando a necessidade de um suporte social, mesmo que de maneira virtual. A abordagem à saúde desse grupo populacional deve levar em conta sua integralidade, buscando ressignificar o cuidado além do processo saúde-doença, de forma a considerar a experiência dos pacientes, seus sentimentos e individualidade, a fim de tentar prever as consequências psicológicas no cenário futuro.

Portanto, diante da escassez dos estudos brasileiros acerca dessa temática, faz-se necessário o incentivo a pesquisas para analisar os efeitos da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos idosos, durante e, possivelmente, após esse período, que ainda é indeterminado, com vistas a fomentar políticas públicas a fim de promover uma melhora nas condições psicoemocionais desses indivíduos. Além disso, é salutar a ampliação do acesso aos meios digitais como forma de favorecer o bem-estar biopsicossocial, o que pode ser feito, por exemplo, pelo desenvolvimento de serviços públicos de saúde à distância, pela popularização da rede de acesso à internet e pela melhor divulgação dos serviços e mecanismos existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASCENSÃO, I.A. A doença de Alzheimer e a depressão no doente idoso. Orientador: Professora Doutora Maria Margarida Caramona. 2015. 26 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciência FARMACÊUTICA) - Universidade de Coimbra, COIMBRA, 2015.

AZEREDO, Z.A.S. & AFONSO, M.A.N. Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, p. 313, 2016.

BALTAR, A.L. *et al.* Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia* v. 55, p. 272, 2020.

BARBOSA, I.R. *et al.* Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23, e200171, 2020.

BASCARÁN, T.B. *et al.* Early Psychological Correlates Associated With COVID-19 in A Spanish Older Adult Sample. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 28, p. 1287, 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Coronavírus. Brasília, 2020. Guia de vigilância epidemiológica: Emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019. Versão 3, 2021. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19>>. Acesso em: 13 mar. 2021.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention, mar. 2021. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

COSTA, F.A. *et al.* COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, p. 49811, 2020.

COSTA, M.L. *et al.* Depressão associada a demência de Alzheimer. In: 4º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, v. 2, n. 1, 2015, Campina Grande – PB. Anais. Campina Grande: realize, 2015.

EL HAJ, M. *et al.* High depression and anxiety in people with Alzheimer's disease living in retirement homes during the covid-19 crisis. *Psychiatry Research*. v. 291, p. 1, 2020.

FERNANDÉZ, L. *et al.* Mental Health in Elderly Spanish People in Times of COVID-19 Outbreak. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. v. 28, p. 1040, 2020.

FIORILLO, A. & GORWOOD, P. As consequências da pandemia COVID-19 na saúde mental e implicações para a prática clínica. *European Psychiatry*, v. 63, e32, 2020.

FUGUI, L.I. *et al.* Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, v. 21, p. 16, 2021.

GALISA, S.L.G. *et al.* Impacto da Covid-19 na População Idosa. *Anais VII CIEH*. Campina Grande: Realiza Editora. 2020.

GUSTAVSSON, J. & BECKMAN, L. Compliance to Recommendations and Mental Health Consequences among Elderly in Sweden during the Initial Phase of the COVID-19 Pandemic—A Cross Sectional Online Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, p. 5380, 2020.

HAMM, M.E. *et al.* Experiences of american older adults with pre-existing depression during the Beginnings of the COVID-19 Pandemic: A Multicity, Mixed-Methods Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 28, p. 924, 2020.

KRONBICHLER, A. *et al.* Seven recommendations to rescue the patients and reduce the mortality from COVID-19 infection: an immunological point of view. *Autoimmunity Reviews*, v. 19, p. 102570, 2020.

LIMA, C.E.C. COVID-19 e saúde mental: uma tentativa de olhar sobre a situação das pessoas idosas. *Temas em Saúde*, v. 20, p. 175, 2020.

LÓPEZ, J. *et al.* Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young old and the old old adults. *International Psychogeriatrics*, v. 32, p. 1365, 2020.

MACHADO, J.M. *et al.* Estimativas de impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3437, 2020.

MANCA, R. *et al.* A. The Impact of COVID-19 Infection and Enforced Prolonged Social Isolation on Neuropsychiatric Symptoms in Older Adults With and

Without Dementia: a review. *Frontiers In Psychiatry: A Review*, v. 11, p. 1, 2020.

MARI, F. *et al.* O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, p. 35, 2016.

MEHRA, A. *et al.* A crisis for elderly with mental disorders: Relapse of symptoms due to heightened anxiety due to COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 51, p. 102-114, 2020.

MILIAUSKAS, C. *et al.* Saúde mental de adolescentes em tempos de Covid-19: desafios e possibilidades de enfrentamento. *Revista Saúde Coletiva*, v. 30, e300402, 2020.

NWACHUKWU, I. *et al.* COVID-19 Pandemic: Age-Related Differences in Measures of Stress, Anxiety and Depression in Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, p. 1, 2020.

OPAS. Folha informativa - Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>. Acesso em: 21 mar. 2021.

PAPPA, S. *et al.* Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 88, p. 901, 2020.

PEREIRA, M.D. *et al.* A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society And Development*, v. 9, 2020.

PFEFFERBAUM, B. *et al.* Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*. v. 383. 2020.

RYFF, C.D. Psychological Well-Being Revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy And Psychosomatics*, v. 83, p. 10, 2014.

SANTOS, J.M.S. *et al.* Saúde mental e o isolamento social de idosos em período de pandemia. *Nursing*, v. 23, p. 4562, 2020a.

SANTOS, S.S. *et al.* A. Isolamento social: um olhar a saúde mental de idosos durante a pandemia do covid-19. *Research, Society And Development*, v. 9, p. 1, 2020b.

SHRIRA, A. *et al.* COVID-19-Related Loneliness and Psychiatric Symptoms Among Older Adults: the buffering role of subjective age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 28, p. 1200, 2020.

SOUZA, M. *et al.* Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*. n. 28. p. 45, 2008.

SOUZA, M. *et al.* Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, v. 8, p. 102, 2010.

WHO. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) 2020a. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 13 mar. 2021.

WHO. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions: scientific brief, 2020b. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333114>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Acesso em: 13 mar. 2021.

WONG, S.Y.S. *et al.* Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *British Journal of General Practice*, v. 70, p. 817, 2020.

CAPÍTULO 7

O AGRAVAMENTO DA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE PANDEMIA - COVID-19 - UMA REVISÃO

Palavras-chave: Pandemics; Coronavirus; Mental Health

CLÁUDIA CRISTINE SILVA MILAGRE¹
FABRÍCIA GABRIELLE GONÇALO RIBEIRO¹
FELIPE BERNARDES NASCIMENTO FIGUEIREDO²
ISADORA FEROLLA FIUZA DE ASSIS¹
JÚLIA BERNARDES NASCIMENTO FIGUEIREDO¹

1. Discente do curso Medicina na Faculdade de Saúde e Ecologia Humana.

2. Discente - Universidade de Itaúna.



INTRODUÇÃO

A pandemia do coronavírus trouxe consigo além das questões sanitárias, novas regras sobre o convívio e o dia a dia da população. As medidas de distanciamento social e utilização de máscaras fizeram com que as situações rotineiras mudassem de forma repentina, trabalho, estudos, fechamento do comércio e indústrias, instabilidade econômica e a crise sanitária, causam grande tensão na população, o que afeta de forma direta à saúde mental da sociedade como um todo (ZWIELEWSKI *et al.* 2020).

A partir daí, buscamos relacionar os problemas sociais causados pela pandemia com a degradação da saúde mental dos indivíduos. Por meio de nossas pesquisas identificamos que os pacientes com COVID-19 apresentaram sintomas de estresse pós-traumático (PTSS). Além disso os estudos utilizados nas referências deste capítulo mostraram que, alguns fatores estão relacionados ao trabalho de grupos como profissionais da saúde em linha de frente que convivem com a frustração diária ao perder vários pacientes com o avanço do vírus, essa classe em especial tem desenvolvido distúrbios psíquicos como ansiedade e depressão atrelados a sensação de impotência e exaustão (BARROS *et al.*, 2020).

A população em geral também apresentou alterações psíquicas como ansiedade e depressão comparados ao período pré-pandemia. É importante salientar também, que houve um aumento gradual no consumo de bebidas alcoólicas e antidepressivos no Brasil, o que reflete as formas com que a população tem lidado com esses conflitos e questões trazidas pela pandemia.

A partir do exposto, o objetivo deste estudo foi associar a experiência negativa do distanciamento social somado à pressão e sobrecarga exposto pela nova realidade e apresentar o quão esta nova realidade está afetando negativamente a saúde mental da sociedade.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada no período de março e abril de 2021, por meio de pesquisas na base de dados do PubMed e SciELO. Foram utilizados os descritores “*Pandemics*”, “*Coronavirus*” “*Mental Health*” com auxílio do operador booleano “or”. Dessa busca foram selecionados artigos os quais foram, posteriormente, submetidos aos critérios de seleção para a realização desse capítulo.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de abril de 2020 a março de 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após aplicação dos critérios de seleção restaram sete artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabela e de forma descritiva, abordando o comportamento da população diante da pandemia e seus reflexos na saúde mental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados desta revisão de literatura foram retirados de pesquisas publicadas através de artigos que apresentaram fatores que associaram a nova realidade imposta pela pandemia da COVID-19 com o desenvolvimento de sintomas de transtornos psíquicos como ansiedade, depressão, insônia, angústia, estresse, tristeza, aumento do consumo de medicamentos controlados e bebida alcoólica. Os estudos evidenciam o impacto negativo da pandemia na saúde mental da população no Brasil e em outros países.

Segundo estudo realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com 799 pessoas, em idades entre 18 a 75 anos, mostrou que as pessoas que responderam à pesquisa, relataram situações de vulnerabilidade que afetam sua saúde mental, são elas, renda diminuída durante a pandemia, fazer parte do grupo de risco e estar exposto a notícias sobre número de mortos e infectados com o SARS-CoV-2. O estudo apresentou em dados, 29% dos entrevistados tiveram diagnóstico confirmado de transtorno mental durante a pandemia, 23% são do grupo de risco e 43,4% moram na mesma casa que pessoas que estão no grupo de risco. 79% relataram que se informam sobre a pandemia por meio de notícias nos meios de comunicação de redes sociais, sites de notícias e jornais de televisão (DUARTE *et al.*, 2020).

Os trabalhos Bo *et al.* (2020) e Zhang *et al.* (2020a) relatam a presença de sintomas psiquiátricos em pacientes com COVID-19. O primeiro estudo, mostrou que os sintomas de estresse pós-traumático estavam presentes em 96,2% de 714 pacientes hospitalizados, mas estáveis. Já o segundo mostrou que a

prevalência de depressão (29,2%) foi elevada entre 57 pacientes recém-recuperados da COVID-19 em comparação com os participantes em quarentena (9,8%), enquanto nenhuma diferença no nível de ansiedade foi encontrada. O estudo também relatou que 20,9% dos pacientes com transtornos psiquiátricos preexistentes relataram piora de seus sintomas. Além disso, entre os profissionais de saúde que participaram do estudo foram relatados, a depressão e/ou ansiedade (ZHANG *et al.*, 2020a).

O estudo de Sonderskov *et al.* (2020), em relação ao público em geral, revela um bem-estar psicológico inferior em comparação com antes da COVID-19, ao passo que estudo de Li *et al.* (2020), revelou aumento do uso de palavras como indicadores emocionais de ansiedade e depressão, em comparação com antes do surto (*apud* VINDEGAARD & BENROS, 2020). Ainda, encontra-se o estudo de Yuan *et al.* (2020), que relata que um estudo com pais de crianças hospitalizadas durante o período epidêmico teve pontuações significativamente mais altas de ansiedade e depressão em comparação com pais de crianças hospitalizadas no período não epidêmico (*apud* VINDEGAARD & BENROS, 2020).

Esse artigo supracitado levou em conta, também, fatores correlatos ao risco de sintomas psiquiátricos entre os profissionais de saúde e o público em geral, salientado, por exemplo, Fatores sociodemográficos como: morar sozinho, nível educacional inferior, mas também superior, status de estudante, não ter um filho, dentre outros; história médica atual ou passada; Fatores psicológicos e sociais: má qualidade do sono, maior carga de estresse percebida, falta de preparação psicológica, autoeficácia percebida para ajudar os pacientes, não tomando medidas de

precaução, entre outros; Fatores relacionados ao trabalho: trabalhar na linha de frente (VINDEGAARD & BENROS, 2020).

Noutro giro, insta ressaltar que devido às diversas alterações no cotidiano, muitos fatores de risco hão de serem destacados, no caso do presente capítulo, evidencia-se a saúde psíquica em diversos segmentos da população relacionando-a com a COVID-19, conforme demonstrado na Tabela 7.1.

Tabela 7.1. Sintomas relatados pela população durante a pandemia da COVID-19

Público alvo		Queixas
Pacientes com COVID-19	Síndrome de Estresse Pós Traumático	
Público em geral	Ansiedade e depressão	
Profissionais de saúde	Ansiedade e má qualidade do sono	

Além disso, outros estudos mostram que essa situação de confinamento em massa pode causar aumento do consumo de bebidas alcoólicas e do uso de medicamentos controlados (DUARTE *et al.*, 2020). No Brasil, conforme relatório trimestral de lucros apresentado em 29/10/2020 da AMBEV, empresa multinacional de bebidas alcoólicas, houve um aumento de 25% nas vendas dos seus produtos, esse aumento foi alavancado principalmente pela categoria de cervejas premium (RYNGELBLUM, 2020).

Ademais, o Conselho federal de farmácias também apresentou seu relatório de vendas com um aumento de 17% na categoria de antidepressivos durante o período de pandemia. Na porcentagem de aumento por estado, Amazonas e o Ceará, lideraram o consumo (29%), seguido por Maranhão (27%) e Roraima (26%). Em quinto lugar, aparece o estado do Pará (25%). Já nas principais

capitais econômicas do país, São Paulo aparece em 18º lugar e o Rio de Janeiro na 20ª colocação (AMÉRICO, 2020).

Perante os dados apresentados podemos observar que a população teve sua saúde mental afetada durante esse período de pandemia, com um aumento no consumo de antidepressivos e bebidas alcoólicas. Pode ser ainda mais prejudicial à saúde de um indivíduo que teve que se privar de grande parte de suas atividades, além disso muitos pacientes veem as bebidas e remédios como forma de fuga da realidade, trazendo mais conforto mental.

Estatísticas de outros países

Um estudo na China avaliou 52.730 pessoas no período de 31 de janeiro a 10 de fevereiro de 2020, constatou cerca de 35% dos entrevistados apresentaram problemas psicológicos, sendo que as mulheres apresentaram sofrimento psíquico significativamente maior quando comparadas aos participantes do sexo masculino. Fatores como a grande quantidade de informações obtidas nas redes sociais foram destacados como causadores de maior estresse entre a população de adultos jovens (18 a 30 anos). No caso de pessoas que mantiveram a rotina de trabalho, observou-se alto nível de estresse relacionado a preocupações com a exposição durante o trajeto em transporte público, com atrasos no tempo de trabalho e, como consequência, risco de privação de renda (SILVA *et al.*, 2020).

Com todos os dados apresentados fica evidente que a mudança abrupta de realidade, afetou diretamente a saúde mental da população, profissionais da saúde, pacientes infectados pela COVID-19, pessoas que

tiveram parentes muito próximos com a doença e profissionais de saúde na linha de frente do enfrentamento da doença, são os mais afetados com a degradação da saúde mental, apresentando sintomas de exaustão, estresse elevado, depressão, ansiedade e insônia.

No que tange a população geral também observamos alteração na saúde mental de forma negativa, com causas associadas a diminuição da renda, vinculação de notícias de forma persistente sobre mortos e infectados pelo SARS-CoV-2, ser grupo de risco ou morar com pessoas que estão nesse grupo, sintomas como angústia, depressão, ansiedade, incerteza econômica e insônia também foram observados nessas pessoas.

CONCLUSÃO

A partir do exposto, evidências sobre os efeitos diretos da COVID-19 na saúde mental, há indicações de níveis aumentados de transtornos psíquicos após o início da pandemia, nos infectados e na população como um todo. Sensações de medo, angústia, tristeza, irritabilidade, ansiedade, saúde do sono prejudicada, entre outras, passaram a estar presentes no dia a dia das pessoas com maior frequência e intensidade (LIMA, 2020).

Além disso, os estudos também mostram um maior consumo de

medicamentos e bebidas alcoólicas durante o período de pandemia, o que corrobora para concluirmos que de fato, além das consequências clínicas conhecidas, a COVID-19 também tem repercussões psíquicas importantes. As evidências sugerem que a incidência de tais transtornos é maior em alguns grupos específicos de indivíduos, como aqueles que estão infectados, aqueles enquadrados no grupo de risco ou que possuem familiares nesta situação, e nos profissionais da saúde que são linha de frente no combate ao SARS-CoV-2.

Entretanto, por se tratar de um cenário recente e que ainda se encontra em decorrência, mais estudos são necessários para avaliar as consequências neuropsiquiátricas da saúde mental correlata à COVID-19, confirmar a maior incidência de transtornos na população descrita e para ponderar essas consequências e agravamentos psíquicos em uma população que previamente possuía transtornos, o que ainda não é relatado na grande maioria dos estudos.

De fato, as evidências sugerem uma correlação entre a pandemia por COVID-19 e a saúde mental da população, sendo necessários mais estudos para confirmar essa tese e buscar alternativas para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMÉRICO, T. Venda de antidepressivos cresce 17% durante pandemia no Brasil: Amazonas e Ceará são os estados que lideraram a compra de medicamentos controlados em 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/02/23/venda-de-antidepressivos-cresce-17-durante-pandemia-no-brasil>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BARROS, M.B.A. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, p. 1, 2020.

BO, H.-X., *et al.*, 2020. Sintomas de estresse pós-traumático e atitude em relação à crise mental serviços de saúde entre pacientes clinicamente estáveis com COVID-19 na China. *Psychological Medicine*, p. 1, 2020.

DUARTE, M.Q. *et al.* COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3401, 2020.

LIMA, R.C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. *Physis*, v. 30, e300214, 2020.

RÊGO, V.B. Saúde Mental e ética em tempos de COVID-19. *Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade (Repec)*, v. 14, p. 1, 2020.

RYNGELBLUM, I. Consumo de cerveja no Brasil puxa receita e Ambev supera projeções no 3º trimestre. 2020. Disponível em:

<https://www.seudinheiro.com/2020/empresas/consumo-de-cerveja-no-brasil-puxa-receita-da-ambev-no-3o-trimestre/>. Acesso em: 23 mar. 2021.

SHUJA, K.H. *et al.* COVID-19 pandemic and impending global mental health implications. *Psychiatria Danubina*, v. 32, p. 32, 2020.

SILVA, H.G.N. *et al.* Efeitos da pandemia no novo Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades. *Journal of Nursing and Health*, v. 10, e20104007, 2020.

VINDEGAARD, N. & BENROS, M.E. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 89, p. 531, 2020.

ZHANG, J. *et al.* The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 47, p. 89, 2020a.

ZHANG, W.R. *et al.* Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother. Psychosom*, v. 89, p. 243, 2020b.

ZWIELEWSKI G. *et al.* Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela COVID-19. *Revista Debates in Psychiatry*. Nº 2 - Abr/Jun 2020: 2-9. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/neuropsicologia/wp-content/uploads/sites/25/2015/02/Protocolos-psic-em-pandemias-covid-final.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CAPÍTULO 8

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DO DEFICIENTE INTELECTUAL EM ANÁPOLIS, GOIÁS

*Palavras-chave: Anápolis, Atendimento Educacional Especializado,
Deficiência Intelectual*

MARCOS MATHEUS DA SILVA FONSECA¹
MATHEUS TORRES DUTRA MAIA DA COSTA¹
MELLINA MENDES DE OLIVEIRA¹

1. Egresso – Medicina da Associação Educativa Evangélica – Anápolis.



INTRODUÇÃO

O interesse em estudar a aprendizagem de portadores de deficiência intelectual (DI) surgiu quando os autores estavam no 3º ano do curso de Medicina e tiveram a oportunidade de visitar uma instituição de ensino inclusivo em Anápolis – GO.

Apesar da evidente dedicação dos professores e funcionários da instituição, e com um programa que teoricamente parecia estar adequado às reais necessidades dos portadores de DI, os autores se questionaram se os métodos utilizados eram suficientes para promover um desenvolvimento que permitisse aos alunos uma vida menos dependente. Indivíduos com alguma deficiência possuem piores condições socioeconômicas e baixos índices de escolaridade, se comparados àqueles sem qualquer deficiência, e enfrentam maiores obstáculos no acesso à educação, saúde e oportunidades de trabalho (OMS, 2011).

Desta forma, o presente estudo procurou evidenciar as possíveis evoluções e aprendizagens adquiridas ou aprimoradas pelos alunos portadores de DI que frequentaram aquela instituição de ensino inclusivo durante o ano de 2013, na cidade de Anápolis, Goiás.

MÉTODO

Trata-se de estudo observacional, retrospectivo, descritivo, quanti-qualitativo, referente ao ano de 2013. A coleta de dados foi realizada em Instituição de Ensino de atendimento aos portadores de DI, na cidade de Anápolis, Goiás.

Os documentos analisados foram as Fichas de Avaliação de Aprendizagem de 150

alunos portadores de DI matriculados na instituição de ensino. Os dados foram coletados durante o mês de setembro de 2014 na própria instituição, e sua tabulação foi realizada na planilha do Programa Microsoft Excel com análise da estatística descritiva (frequência e porcentagem).

Respeitando a Resolução CNS nº 466/2012, item II.22, a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos portadores de DI da Instituição em estudo foi minimizada pelo não contato direto dos mesmos com os pesquisadores.

Considerando o risco de vazamento de dados, os nomes dos alunos foram substituídos por números de 001 a 150, preservando sua identidade. As fichas de avaliação permaneceram nas instalações da instituição de ensino, não permitindo o acesso de indivíduos terceiros a este trabalho. Os dados coletados foram utilizados, exclusivamente, para a execução do presente estudo.

Os critérios de inclusão foram fichas de avaliação que tiveram as metas a serem alcançadas e os relatórios semestrais e/ou anuais devidamente preenchidos. Os critérios de exclusão foram fichas de avaliação preenchidas inadequadamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conceito de deficiência intelectual

A DI pode ser caracterizada por um desempenho intelectual abaixo da média, associado a limitações adaptativas, em pelo menos duas áreas de habilidades, que ocorrem antes dos 18 anos de idade (SCHALOCK *et al.*, 2010).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais de 2013 (DSM-V-tr), o diagnóstico de DI ainda é fundamentado em três critérios consideráveis:

- QI abaixo de 70;
- Limitações significativas no desempenho adaptativo em pelo menos duas áreas de habilidades (comunicação, autocuidados, vida doméstica, sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança);
- Manifestar-se antes dos 18 anos.

As principais características da DI são dificuldades de concentração, comunicação e interação e menor aptidão para compreender as diferentes formas de linguagem, tanto pela dificuldade em entender letras e/ou números, quanto pela necessidade de um método de aprendizagem específico para cada situação (RODRIGUES, 2009).

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000, mostravam que 14,5% da população possuíam algum tipo de deficiência, sendo 1,4% portador de alguma DI (HONORA & FRIZANCO, 2008), sendo uma das deficiências mais comuns entre jovens, afetando cerca de 1% das crianças e dos adolescentes brasileiros (VASCONCELOS, 2004).

A DI ocorre, na maioria das vezes, como consequência de alterações do desenvolvimento embrionário (30%); influência de fatores ambientais (15-20%), como maus tratos e ausência de incitamento social; transtornos gestacionais e perinatais (10%), como desnutrição fetal, prematuridade e hipóxia; condições médicas adquiridas na infância (5%); e hereditariedade (5%), como mutações gênicas e erros inatos do

metabolismo (HONORA & FRIZANCO, 2008).

Além da DI em si, aquela em que a causa não é determinada, diversas condições podem cursar com manifestações características de déficit intelectual. As condições mais associadas, caracterizando uma deficiência múltipla, são Síndrome de Down (SD), Paralisia Cerebral (PC), Autismo e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (TÉDDE, 2012).

Deve-se deixar claro, porém que a DI não é uma doença, e sim uma limitação. Dessa maneira, não é lógico almejar uma cura para a mesma. Estes indivíduos podem necessitar de mais tempo para conseguir se comunicar, aprender a caminhar e conhecer as aptidões necessárias para tomar conta de si, como alimentar-se ou vestir-se com independência. É também provável que alguns não aprendam certas tarefas, assim como qualquer indivíduo que não consegue aprender tudo que lhe é ensinado (PITTA, 2012).

A DI não é considerada uma doença ou um transtorno psiquiátrico, e sim um ou mais fatores que causam prejuízo das funções cognitivas que acompanham o desenvolvimento diferente do cérebro (HONORA & FRIZANCO, 2008).

Os portadores de DI encontram-se em uma situação peculiar, se comparados aos portadores de outras deficiências, sejam elas motoras, sensitivas ou de comunicação. Ao atribuir um comportamento de infantilização aos indivíduos com DI, a sociedade contribui para que estes sejam excluídos e não tenham seus direitos reconhecidos, não permitindo que os mesmos tenham acesso, pelo menos, a educação básica e serviços de saúde de qualidade, impossibilitando uma vida adulta autônoma e digna (OMS, 2011).

Políticas de assistência ao deficiente intelectual no contexto brasileiro

No Brasil, a primeira menção jurídica relacionada aos portadores de DI apareceu na primeira Constituição do Brasil, em 1824, privando os mesmos dos direitos políticos, embora garantisse educação para todos (ROSSETTO, 2004).

Em 1874, no final do Império do Brasil, surgiu a primeira instituição destinada ao ensino de portadores de DI em Salvador, no Hospital Estadual de Salvador. A segunda instituição foi aberta em 1887 na cidade do Rio de Janeiro, chamada Escola México, que atendia todos os tipos de deficiência (DA SILVEIRA & DRAGO, 2010). Entre as décadas de 1920 e 1950 foram criadas instituições filantrópicas especializadas no atendimento aos portadores em todo o Brasil, que desenvolviam tanto trabalhos educacionais quando assistenciais (CORRÊA, 2007).

Em 1971 foi aprovada a Lei nº 5.692/71, que previa em seu Art. 9 tratamento especial aos indivíduos excepcionais, promovendo ações voltadas ao desenvolvimento de diretrizes e políticas de ensino de portadores de DI (JACOMELI, 2010). Em 1978, pela primeira vez no país, uma emenda à Constituição Brasileira tratou do direito da pessoa deficiente: “É certificado aos deficientes à melhoria de sua condição socioeconômica, principalmente no que diz respeito à educação especial e gratuita” (FERREIRA FILHO, 1984).

Em 1988, a Constituição Federal passou a assegurar auxílio aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino. Em 1989 foi realizada a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil no ano seguinte, através do Estatuto da

Criança e do Adolescente. Em seu quinto princípio são caracterizados os direitos dos portadores de necessidades especiais (CORRÊA, 2007).

O atendimento educacional especializado

A Educação Especial é onde o portador de DI aperfeiçoa suas habilidades. Caracteriza-se como um meio que se destina a incentivar o desenvolvimento das potencialidades de pessoas portadoras de deficiências, condutas específicas ou de altas habilidades, e que contempla os diversos níveis e graus de ensino. A Educação Especial respalda-se em referenciais teóricos e práticos compatíveis com as necessidades específicas de cada aluno. O processo deve ser global, fluindo desde a estimulação essencial até os graus superiores de ensino (BRASIL, 1994).

O Decreto Nº 6.571, de 17 de setembro de 2008 dispõe sobre o Atendimento Educacional Especializado (AEE), em que o considera um conjunto de atividades e recursos de acessibilidade e pedagógicos organizados institucionalmente, concedido de forma complementar ou suplementar à formação dos alunos com DI no ensino regular (BRASIL, 2008).

O AEE tem como objetivos prover meios de ingresso, envolvimento e instrução no ensino regular aos alunos com DI, garantir a transversalidade das ações da educação especial no ensino regular, estimular o desenvolvimento de recursos didáticos e pedagógicos que proscrevam as dificuldades no processo de ensino e aprendizagem e possibilitar condições para a continuidade de estudos nos demais níveis de ensino. Não se apresenta como um meio substitutivo ao ensino regular, mas sim como potencializador do processo de desenvolvimento e

aprendizagem, em conexão com os serviços de saúde, escolas regulares e assistência social (BRANDÃO, 2008).

Metodologias utilizadas para acompanhamento escolar

Na cidade de Anápolis, em Goiás, o AEE é oferecido aos portadores de DI em uma Instituição de Ensino Inclusivo que conta com mais de 500 alunos matriculados. A instituição mantém convênios com as Secretarias Estadual e Municipal de Educação, para concessão de equipe pedagógica, e com a Secretaria de Assistência Social, que financia o material de consumo.

O indivíduo com DI chega à instituição encaminhado da escola de ensino regular ou por vontade própria dos pais, e passa por uma triagem para saber em qual grupo de ensino se encaixa. No grupo, o aluno passa por um período de adaptação de cerca de um mês, podendo ser remanejado para outro grupo conforme suas necessidades. Após este período, é matriculado no grupo em que melhor se adaptou, sem prazo para término.

A partir daí o professor responsável pelo aluno elabora o Plano Individual de Aprendizagem (PIA), onde são propostas metas a serem atingidas, baseando-se nas necessidades e habilidades do aluno. Após o término do semestre, o aluno é reavaliado e as metas são renovadas ou modificadas conforme sua evolução.

O AEE ocorre na instituição duas vezes por semana, no horário inverso ao que o aluno está matriculado no ensino regular, com duração de 4h/dia. O atendimento é dividido em rodízios nas seguintes temáticas: linguagem oral e escrita, raciocínio lógico e matemático, artes (música, teatro, artes visuais) e informática. Caso o aluno necessite,

são agendados atendimentos de fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e musicoterapia.

Perfil demográfico e epidemiológico da população estudada

A Tabela 8.1 mostra maior concentração de alunos entre a faixa etária de 08 e 16 anos (85,33%), sendo 31,33% (n=47) entre 08 a 10 anos; 26,67% (n=40) entre 11 a 13 anos; e 27,33% (n=41) entre 14 e 16 anos, com maior prevalência do sexo masculino (n=96).

Tabela 8.1. Distribuição por idade e gênero da população estudada

VARIÁVEIS	N	%
Perfil etário	< 7	4 2,67
	08---10	47 31,33
	11---13	40 26,67
	14---16	41 27,33
	17---19	10 6,67
	> 20	8 5,33
Gênero	Masculino	96 64,00%
	Feminino	54 36,00%

Na Tabela 8.2, nota-se maior prevalência de SD, representando 19,33% da amostra total (n = 29), PC com 12,67% (n = 19) e DI sem causa definida, com 60,00% (n = 90).

Tabela 8.2. Distribuição dos tipos de deficiência segundo a variável de gênero

Gênero	Masculino (N=96)		Feminino (N=54)	
	N	%	N	%
SD	21	21,88	8	14,81
TDAH	1	1,04	0	0,00
Paralisia Cerebral (PC)	12	12,50	7	12,96
Autismo	1	1,04	5	9,26
DI sem causa definida	60	62,50	30	55,56
Outras	1	1,04	4	7,41

A SD é o distúrbio cromossômico mais comum e a causa genética isolada mais comum de DI. A incidência da síndrome nos nascidos vivos é de 1:750 (DEZOTTI, 2011). No Brasil, estima-se cerca de 40.000 novos casos de PC por ano (ZANINI *et al.*, 2009).

A faixa etária mais prevalente, entre 08 e 16 anos, representa um número de 128

pessoas, correspondendo a 85,33% da nossa amostra total. Dentre as causas mais prevalentes já citadas, a SD representa 20,31%, a PC representa 12,50% e a DI sem causa definida 57,81% dessa amostra. A Tabela 8.3 dispõe a distribuição dos tipos de deficiência segundo a variável de faixa etária.

Tabela 8.3. Distribuição dos tipos de deficiência segundo a variável de faixa etária

Variável	< 7 (N = 4)		8--- 10 (N = 47)		11--- 13 (N = 40)		14--- 16 (N = 41)		17--- 19 (N = 10)		> 20 (N = 8)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Síndrome de Down	1	25,00	12	25,53	6	15,00	8	19,51	2	20,00	0	0,00
TDAH	0	0,00	1	2,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Paralisia Cerebral	1	25,00	4	8,51	5	12,50	7	17,07	1	10,00	1	12,50
Autismo	0	0,00	2	4,26	3	7,50	1	2,44	0	0,00	0	0,00
DI sem causa definida	2	50,00	25	53,19	25	62,50	24	58,54	7	70,00	7	87,50
Outras	0	0,00	3	6,38	1	2,50	1	2,44	0	0,00	0	0,00

Metas propostas e resultados encontrados

Na amostra estudada, as metas propostas foram: linguagem oral e escrita, raciocínio lógico e matemático, artes e informática. A maioria dos alunos obteve um alcance parcial da meta “linguagem oral e escrita”, sendo 58,33% no sexo masculino e 79,63% no sexo feminino. Estes resultados podem refletir tanto a necessidade de períodos mais longos para a aprendizagem da escrita, quanto a gravidade do comprometimento intelectual. As metas foram completamente alcançadas por 26,04% no sexo masculino e 14,81% no sexo feminino, e não foram alcançadas por 13,54% dos alunos do sexo masculino e 5,56% do sexo feminino.

Em relação à linguagem oral e escrita, tem-se que os portadores de DI vivenciam processos cognitivos semelhantes aos das

crianças sem deficiência. Entretanto, o ritmo de aprendizagem é diferente, necessitando de períodos mais longos para a assimilação da língua escrita. É importante também destacar as dificuldades motoras, acarretando em prejuízos na motricidade fina, o que prejudica a realização de movimentos finos com controle e destreza necessários para a escrita (PITTA, 2012).

Além dos avanços na escrita, a análise do desempenho dos alunos em relação à linguagem deve também contemplar os avanços na participação e interação nos grupos, no interesse por leitura e no desenvolvimento de textos próprios.

Esses dados poderiam ser melhorados com a aplicação de uma produção livre e espontânea, estimulando o aluno a escrever recados, cartas, pensamentos etc. Assim, o aluno aplicará o ensino da sala de aula em situações prazerosas e cotidianas, levando ao

estímulo e aprimoramento da leitura e escrita (OLIVEIRA, 2012).

O ensino da matemática para alunos portadores de DI apresenta algumas particularidades. A presença da DI acarreta prejuízos na concentração, atraso em armazenar novos conhecimentos, dificuldades na resolução de problemas e em generalizar a informação aprendida para situações novas. Além disso, a pouca experiência do aluno com as questões cotidianas dificulta as construções lógicas necessárias na interpretação da matemática (CAXIAS, 2013).

Com isso, “raciocínio lógico e matemática” requer maior tempo e atenção na técnica utilizada para se chegar à aprendizagem. Grande parte da amostra estudada obteve alcance parcial das metas propostas, sendo 61,46% no sexo masculino e 70,37% no sexo feminino. Mesmo com as dificuldades, uma parte considerável alcançou as metas propostas: 28,13% no sexo masculino e 16,67% no sexo feminino, conforme dados observados (Tabela 8.4).

Tabela 8.4. Descrição das variáveis da avaliação da aprendizagem segundo o gênero

	Variável	Masculino (N=96)		Feminino (N=54)	
		N	%	N	%
Metas propostas	Linguagem oral e escrita	96	29,18	55	30,90
	Raciocínio lógico e matemático	92	27,96	52	29,21
	Artes	55	16,72	28	15,73
	Informática	86	26,14	43	24,16
O aluno alcançou a meta linguagem oral e escrita?	Sim	25	26,04	8	14,81
	Não	13	13,54	3	5,56
	Parcialmente	56	58,33	43	79,63
	Não se aplica	2	2,08	0	0,00
O aluno alcançou a meta raciocínio lógico e matemático?	Sim	27	28,13	9	16,67
	Não	8	8,33	7	12,96
	Parcialmente	59	61,46	38	70,37
	Não se aplica	2	2,08	0	0,00
O aluno alcançou a meta artes?	Sim	39	40,63	24	44,44
	Não	8	8,33	4	7,41
	Parcialmente	9	9,38	3	5,56
	Não se aplica	40	41,67	23	42,59
O aluno alcançou a meta informática?	Sim	42	43,75	16	29,63
	Não	0	0,00	0	0,00
	Parcialmente	44	45,83	30	55,56
	Não se aplica	10	10,42	8	14,81

A matemática ensinada ao aluno com DI é a mesma ensinada para qualquer aluno. No entanto, devido à limitação cognitiva, os recursos de aprendizagem são diferenciados, necessitando do uso de instrumentos facilitadores da aprendizagem, como dominós, cartas, calculadora, ou seja, instrumentos que devem ser concretos,

comuns ao dia-a-dia e atraentes aos olhos (FIGUEIREDO & MANZINI, 2002).

Na construção do AEE, a disciplina artes tem papel muito importante. Através desta o aluno tem espaço para se expressar com liberdade, acrescentando emoções na aprendizagem, com melhor aproveitamento do ensino e maior adesão (MICHELETTO, 2009). No presente estudo, observou-se que a

arte não é muito usada; 41,67% do sexo masculino e 42,59% do sexo feminino não tiveram artes como meta proposta (não se aplica). Entretanto, 40,63% no sexo masculino e 44,44% no sexo feminino alcançaram as metas, 9,38% no sexo masculino e 5,56% no sexo feminino tiveram alcance parcial, e em 8,33% no sexo masculino e 7,41% no sexo feminino as metas de artes não foram alcançadas, como é possível observar na Tabela 8.4.

O uso do computador pode ser positivo no desenvolvimento de atividades com os alunos portadores de DI. A informática pode ser usada de maneira ativa ou passiva, ou seja, o computador pode ser usado como um meio para transmitir as informações programadas para o aluno, ensinando-o como nos métodos tradicionais de ensino, ou o computador pode ser usado pelo aluno na criação de um ambiente e tarefas de sua vontade, criando situações que permitem o aluno resolver problemas reais e aprender com o uso, adquirindo experiência (VILELA, 2013).

Na população estudada, percebeu-se grande aproveitamento da informática, já que a porcentagem da amostra que não atingiu as metas é de 0,00% em ambos os sexos. As metas foram alcançadas por 43,75% no sexo masculino e 29,63% no sexo feminino, e o alcance parcial ocorreu em 45,83% no sexo masculino e 55,56% no sexo feminino, conforme a Tabela 8.4 acima.

Metodologia utilizada para acompanhamento escolar

A instituição analisada neste trabalho não possui nenhum documento e/ou estudo utilizado como referência para formulação do PIA. Buscou-se modelo de ficha de avaliação

que explicasse como a aprendizagem do portador de DI deveria ser avaliada. Na literatura, apenas o modelo sugerido pela Secretaria Municipal de Educação de São Paulo (SMESP) foi encontrado, que embora não seja seguido pela instituição aqui analisada, apresenta muitas semelhanças.

A SMESP, com a participação de integrantes da Diretoria de Orientação Técnica – Educação Especial (DOT-EE) e professores vinculados ao Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão (CEFAI), elaborou o Referencial sobre Avaliação de Aprendizagem na área da Deficiência Intelectual (RAADI). Com esse referencial, o professor tem acesso a ferramentas que trazem alternativas de avaliação da aprendizagem, possibilitando uma avaliação global, levando em consideração o cotidiano e as especificidades de cada aluno (TÉDDE, 2012).

O RAADI é composto por três áreas a serem avaliadas: instituição escolar (análise da necessidade de adequações específicas), áreas do desenvolvimento do aluno e áreas curriculares do 1º ao 5º ano (língua portuguesa, matemática, natureza e sociedade, artes e educação física) (VALENTIM, 2011).

A avaliação, realizada de forma contínua, é redigida de maneira descritiva e registrada pelo professor bimestralmente em todos os anos escolares, através de tabelas separadas pelas áreas do conhecimento avaliadas. O professor realiza a avaliação sobre o desempenho do aluno a partir de umas das seguintes siglas: RS (realiza satisfatoriamente), RP (realiza parcialmente), CA (realiza com ajuda), NAG (conteúdo não apresentado ao grupo), NAA (conteúdo não apresentado ao aluno), e NR (não realiza) (RAIMUNDO, 2013).

Com isso, o professor consegue acompanhar o desenvolvimento do aluno, e caso não seja satisfatório, terá subsídios em seu registro para criar situações/métodos mais aceitos e proveitosos para cada aluno (PLETSCH & GLAT, 2012).

Estratégias de ensino do AEE

O AEE não deve ser uma atividade que tenha como objetivo o ensino escolar especial adaptado para desenvolver conteúdos acadêmicos, tais como língua portuguesa, matemática, entre outros. Para possibilitar a produção do saber e preservar sua condição de complemento do ensino regular, o AEE tem de estar desvinculado da necessidade típica da produção acadêmica (GOMES *et al.*, 2007).

O processo de construção do conhecimento no AEE não é ordenado de fora, e não é possível ser planejado sistematicamente, obedecendo a uma sequência rígida e predefinida de conteúdos a serem assimilados. E assim, não persegue a promoção escolar, onde esse aluno já está incluído. No AEE, o aluno constrói o conhecimento para si mesmo (GOMES *et al.*, 2007).

Cada sujeito pode apresentar uma experiência de aprendizagem diferente, dependendo das suas experiências e do contexto educativo no qual esteja inserido. Assim, não se justificam práticas centradas no nivelamento cognitivo. Devem ser aproveitadas as potencialidades que esses alunos dispõem em suas vivências, pois para uma aprendizagem significativa, as estratégias de ensino precisam estar articuladas ao interesse do aluno e ao que ele já sabe (FALCONI & SILVA, 2014).

Os aspectos socioafetivos do aluno que apresenta DI também se constituem foco

de atenção do professor do AEE durante a avaliação. Tais alunos podem ter dificuldade no plano socioafetivo e na construção da imagem de si mesmo (GOMES *et al.*, 2007).

Aspectos como exclusão social, dificuldade em interpretar atitudes e comportamentos dos outros em relação a si e de se fazer entender pelos outros podem contribuir para esta situação. Uma baixa autoestima pode interferir na motivação do aluno que apresenta DI quando em situação de aprendizado ou de resolução de problemas (GOMES *et al.*, 2007).

CONCLUSÃO

A DI pode ser caracterizada por um desempenho intelectual abaixo da média, associado a limitações adaptativas, em pelo menos duas áreas de habilidades – sendo elas comunicação, autocuidado, vida no lar, adaptação social, saúde e segurança, uso de recursos da comunidade, determinação, funções acadêmicas, lazer e trabalho – que ocorrem antes dos 18 anos de idade.

Sabe-se que cerca de 30% a 50% das causas de DI não são determinadas, embora possam estar relacionadas a alterações genéticas, congênitas ou adquiridas. Entre as possíveis causas conhecidas, sabe-se que a Síndrome de Down, a Paralisia Cerebral, o Autismo, a Síndrome do X-Frágil e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade estão relacionados à DI.

A Educação Especial é onde o indivíduo portador de DI aperfeiçoa suas habilidades. Caracteriza-se como um meio que se destina a incentivar o desenvolvimento das potencialidades de pessoas portadoras de deficiências, condutas específicas ou de altas habilidades, e que contempla os diversos níveis e graus de ensino. A Educação Especial

respalda-se em referenciais teóricos e práticos compatíveis com as necessidades específicas de cada aluno. O processo deve ser global, fluindo desde a estimulação essencial até os graus superiores de ensino.

Este trabalho procurou de maneira observacional e descritiva avaliar a aprendizagem em deficientes intelectuais através do índice de alcance das metas individuais de acompanhamento escolar, em uma Instituição de Ensino de atendimento aos portadores de DI, na cidade de Anápolis, Goiás.

Ao final de cada semestre, o aluno é avaliado em quatro metas distintas, a saber: Linguagem Oral e Escrita; Raciocínio Lógico e Matemático, Informática e Artes, que são realizadas em rodízios, e condensam em quatro metas as nove áreas descritas acima.

Na avaliação das metas, quanto às disciplinas de artes e informática, foi notório o sucesso alcançado, devido ao aproveitamento de grande parte dos alunos em questão. Porém, uma parcela razoável de alunos não utiliza estas matérias como recursos na aprendizagem, o que leva a se perguntar se realmente esta metodologia não seria benéfica para estes alunos ou se estas matérias lhes são privadas devido à falta de recursos materiais.

Em relação às disciplinas linguagem oral e escrita e raciocínio lógico e matemática, a grande maioria se encontra no alcance parcial das metas. A parte deficitária desse desempenho pode ser atribuída à própria limitação que a deficiência impõe, implicando em um tempo maior para o aprendizado, ou devido a uma metodologia insuficiente

utilizada pela instituição em questão. Sugere-se aqui uma abordagem pedagógica diferente saindo do modelo tradicional e criando um caminho mais interativo entre o aluno e o conhecimento.

Também há uma forte presença dessas duas matérias no processo de aprendizagem dos portadores de DI, já que não foram estabelecidas metas em uma irrisória porcentagem da amostra estudada.

O tema é, de fato, merecedor de uma análise aprofundada, uma vez que, geralmente, não são realizados estudos que buscam analisar o processo de ensino e aprendizagem de portadores de DI, bem como as metodologias utilizadas para tais fins e os resultados finais obtidos pelos alunos. Não são facilmente encontradas pesquisas que possam evidenciar a possível efetividade das metodologias utilizadas atualmente para promover o desenvolvimento cognitivo e social de alunos com DI, que estejam concomitantemente matriculados em instituição de ensino regular, objetos de pesquisa do presente estudo.

Diante da incipiência de pesquisas que abordem a evolução de alunos matriculados em instituições de ensino inclusivo, e tendo em vista o contexto histórico de exclusão e marginalização dos portadores de DI, espera-se este trabalho possa ser futuramente utilizado como base para que novos estudos possam ser realizados no âmbito da educação inclusiva e da avaliação da aprendizagem dos deficientes intelectuais, permitindo assim, melhor análise e melhora da qualidade do ensino inclusivo na cidade de Anápolis, no Estado de Goiás e no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANDÃO, C.F. Decreto n 6.571, de 17 de setembro de 2008. Dispõe sobre o atendimento educacional especializado.

BRASIL, Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.html. Acesso em: 12 out. 2014.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva. Inclusão-Revista de Educação Especial, n. 4, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. SEESP. Política Nacional de Educação Especial. Brasília, 1994, p. 11

CAXIAS, DO SUL. Prefeitura de Caxias do Sul. Cartilha das Pessoas com Deficiência, 2013. Disponível em: https://issuu.com/prefeituradecaxiasdosul/docs/cartilha_pcds_2018. Acesso em: 07 out. 2014.

CORRÊA, M.A.M. Educação especial. 1ª ed. v. 1. Rio de Janeiro: Fundação Cecierj, 2007.

DA SILVEIRA, L.V. & DRAGO, R. A educação da criança com deficiência: da segregação às propostas inclusivas. Revista FACEVV, v. 4, p. 82, 2010.

DEZOTTI, M.C. Indivíduo com síndrome de Down: história, legislação e identidade. 2011. 167f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade de São Paulo faculdade de Educação, São Paulo. 2011.

FALCONI, E.R.M. & SILVA, N.A. S. Estratégias de trabalho para alunos com deficiência intelectual AEE Atendimento Educacional Especializado – AEE. 2014. 28p. Disponível em: <https://especialdeadamantina.files.wordpress.com/2014/05/estrategias-de-trabalho-para-alunos-com-di.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2014.

FERREIRA FILHO, M.G. Comentários à Constituição brasileira: Emenda constitucional no. 1, de 17-10-1969, com as alterações introduzidas pelas Emendas constitucionais até a de n. 24, de 1.º 12-1983. Edição Saraiva, 1984.

FIGUEIREDO, C.A.V. & MANZINI, E.J. O recurso pedagógico sob o ponto de vista do aluno da habilitação

em educação especial do curso de pedagogia. Revista Brasileira de Educação Especial, v. 8, p. 183, 2002.

GOMES, A.L.L.V *et al.* Atendimento educacional especializado – Deficiência mental. Brasília, SEESP/SEED/MEC, 2007. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/52508>. Acesso em: 18 ago. 2014.

HONORA, M.& FRIZANCO, M.L. Esclarecendo as deficiências: aspectos teóricos e práticos para contribuir com uma sociedade inclusiva. 1ª ed. São Paulo: Ciranda Cultural, 2008. 200p.

JACOMELI, M.R.M. A Lei 5.692 de 1971 e a presença dos preceitos liberais e escolanovistas: os estudos sociais e a formação da cidadania. Revista HISTEDBR On-Line, v. 10, p. 76, 2010.

MICHELETTI, F.S.M. Ensino de arte para alunos com deficiência: relato dos professores. 2009. 91f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade De Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2009.

OLIVEIRA, L.M.B. Cartilha do Censo 2010: Pessoas com deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD)/Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência, 2012.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World report on disability 2011. World Health Organization, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>. Acesso em: 17 set. 2014.

PLETSCH, M.D. & GLAT, R.A escolarização de alunos com deficiência intelectual: uma análise da aplicação do Plano de Desenvolvimento Educacional Individualizado. Linhas Críticas, v. 18, p. 193, 2012.

RAIMUNDO, E.A. Avaliação externa e educação especial na rede municipal de ensino de São Paulo. 2013. 190f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

RODRIGUES, C. Formas criativas para estimular a mente de alunos com deficiência. 2009. Disponível em: <http://revistaescola.Abril.Com.Br/inclusao/educacao-especial/formas-criativas-estimular-mente-deficientes-intelectuais-476406.Shtml>. Acesso em: 15 jul. 2014.

ROSSETTO, E. Processo de Inclusão: um grande desafio para o século XXI. Revista Eletrônica de Ciências da Educação, v. 3, p. 1, 2004.

SCHALOCK, R.L. *et al.* Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 11ª ed. 2010. 200p.

TÉDDE, S. Crianças com deficiência intelectual: a aprendizagem e a inclusão. 2012. 99f. Dissertação (Mestrado em Educação) - UNISAL – SP, 2012.

VALENTIM, F.O.D. Inclusão de alunos com deficiência intelectual: considerações sobre avaliação da aprendizagem escolar. 2011. 143 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, 2011.

VILELA, I.A. Estudo no ambiente de inclusão digital para crianças com deficiência intelectual. 2013. Monografia; (Aperfeiçoamento/Especialização em Especialização em Informática Aplicada à Educação) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

ZANINI, G. *et al.* Paralisia cerebral: causas e prevalências. Fisioterapia em Movimento, v. 22, p. 375, 2009.

CAPÍTULO 9

ESCETAMINA: UMA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO REFRACTÁRIA

Palavras-chave: Escetamina; Farmacologia; Depressão Refratária

MARCELA CIRINO DE BRITO¹
ANA PAULA GOULART DE FREITAS¹
LUCAS FERREIRA ALVES²

1. Discente do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

2. Docente Adjunto do Departamento de Farmacologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

Os transtornos psicopatológicos de forma generalizada constituem atualmente um dos grandes problemas da saúde pública no Brasil e no mundo em razão de fatores que envolvem a etiologia multifatorial desses distúrbios, sua complexidade e a limitação de tratamentos eficazes. Somado a isso, os impactos negativos na qualidade de vida dos indivíduos acometidos e a gravidade dos possíveis desfechos clínicos, refletem um cenário preocupante, sobretudo quando se considera que são doenças de alta prevalência e de crescente incidência na população como um todo (GAZZONI & FERREIRA, 2021).

Dentre esses distúrbios psíquicos, o Transtorno Depressivo Maior (TDM), também conhecido como depressão, tem ganhado destaque recentemente e passou a ser considerado umas das principais causas de incapacitação (TELES, 2017). De acordo com dados recentes apontados pelo último relatório do “*Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*” sobre depressão e outras doenças de saúde mental publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, havia aproximadamente 322 milhões de pessoas vivendo com depressão, e que esse transtorno estava presente em quase 6% da população brasileira. Dados recentes mostram que este número vem crescendo de maneira acelerada, e que até o ano de 2030 a depressão será considerada a doença mais comum do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Neste contexto, a depressão se caracteriza como um transtorno de sintomatologia múltipla e diversa que envolve anedonia, fadiga, alterações de humor, prejuízo do sono, ganho ou perda ponderal,

alteração dos hábitos alimentares, falta de disposição para atividades do dia-a-dia, prejuízo da capacidade de socialização, retardo psicomotor, pensamentos suicidas, entre outros achados clínicos (GAZZONI & FERREIRA, 2021). O episódio depressivo pode ainda acontecer de forma leve, moderada ou grave de acordo com critérios que incluem o número de sintomas, tempo de permanência, as implicações sociais, incapacitações geradas e a resposta ao tratamento (CARDOSO, 2017).

Por outro lado, casos em que o indivíduo apresenta um quadro onde a doença é resistente ao tratamento, ela passa a ser denominada como Depressão Refratária. Há diferentes definições dessa condição na literatura, que variam desde um quadro não responsivo a uma classe específica de antidepressivos, até quadros que não respondem a múltiplas tentativas medicamentosas e terapêuticas como a eletroconvulsoterapia (SARIN & DEL PORTO, 2009). Independente dos parâmetros utilizados para caracterizar a Depressão Refratária, ela é um transtorno de caráter alarmante devido à dificuldade de implementação de um tratamento realmente eficaz, somado ao fato de que se trata de um distúrbio com a capacidade de prejudicar, de forma direta ou indireta, diversos âmbitos da vida da pessoa afetada como social, acadêmico, profissional, econômico, familiar, além dos componentes somático e psíquico da saúde individual em si (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2008).

Os fármacos antidepressivos comumente utilizados para o tratamento do TDM objetivam aumentar a disponibilidade de neurotransmissores seja por meio da

inibição da recaptação ou da diminuição da degradação por ação enzimática, sendo os principais: Inibidores não seletivos da recaptação de monoaminas, Inibidores seletivos da recaptação da serotonina, Inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina, Inibidores da recaptação de serotonina e antagonistas ALFA-2, Inibidores seletivos da recaptação de dopamina, e Inibidores da Monoaminoxidase (BAUER *et al.*, 2009). Já em relação ao manejo da depressão refratária, as estratégias preconizadas dizem respeito à combinação medicamentosa de antidepressivos, ao uso de um antidepressivo com ação potencializadora, e à utilização de terapias não medicamentosas. No entanto, essa abordagem terapêutica na literatura é insuficiente e existem poucas evidências para sustentar essas hipóteses como propostas realmente eficientes (ROCHA *et al.*, 2016).

Assim sendo, considerando o grande problema de saúde pública representado pela depressão refratária, faz-se necessária a pesquisa e a investigação científica na busca de novas ferramentas farmacológicas e de melhorias no tratamento deste distúrbio. Assim, o uso de um recurso terapêutico relativamente novo no setor dos antidepressivos foi recentemente aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no ano de 2020, sob a formulação do Cloridrato de Escetamina. Este fármaco representa uma alternativa inovadora no tratamento de indivíduos com transtorno depressivo de alta gravidade nos quais se observa resistência às abordagens convencionais.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é descrever as características farmacológicas da Escetamina, explicitando diversos aspectos de sua funcionalidade no

organismo e de suas especificidades terapêuticas, sobretudo no tratamento da depressão refratária.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada ao longo dos meses de março e abril de 2021, através de pesquisas bibliográficas nas bases de dados: PubMed e ScienceDirect. Foram utilizados os descritores: “*Sketamine*”, “*Esketamine*”, “*S-Ketamine*”, “*Mechanism of Action*”, “*Pharmacokinetics*”, “*Pharmacology*”, “*Depression and Depressive Disorder*”, intercalados pelos operadores booleanos AND e OR. Na busca inicial foram encontrados 973 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

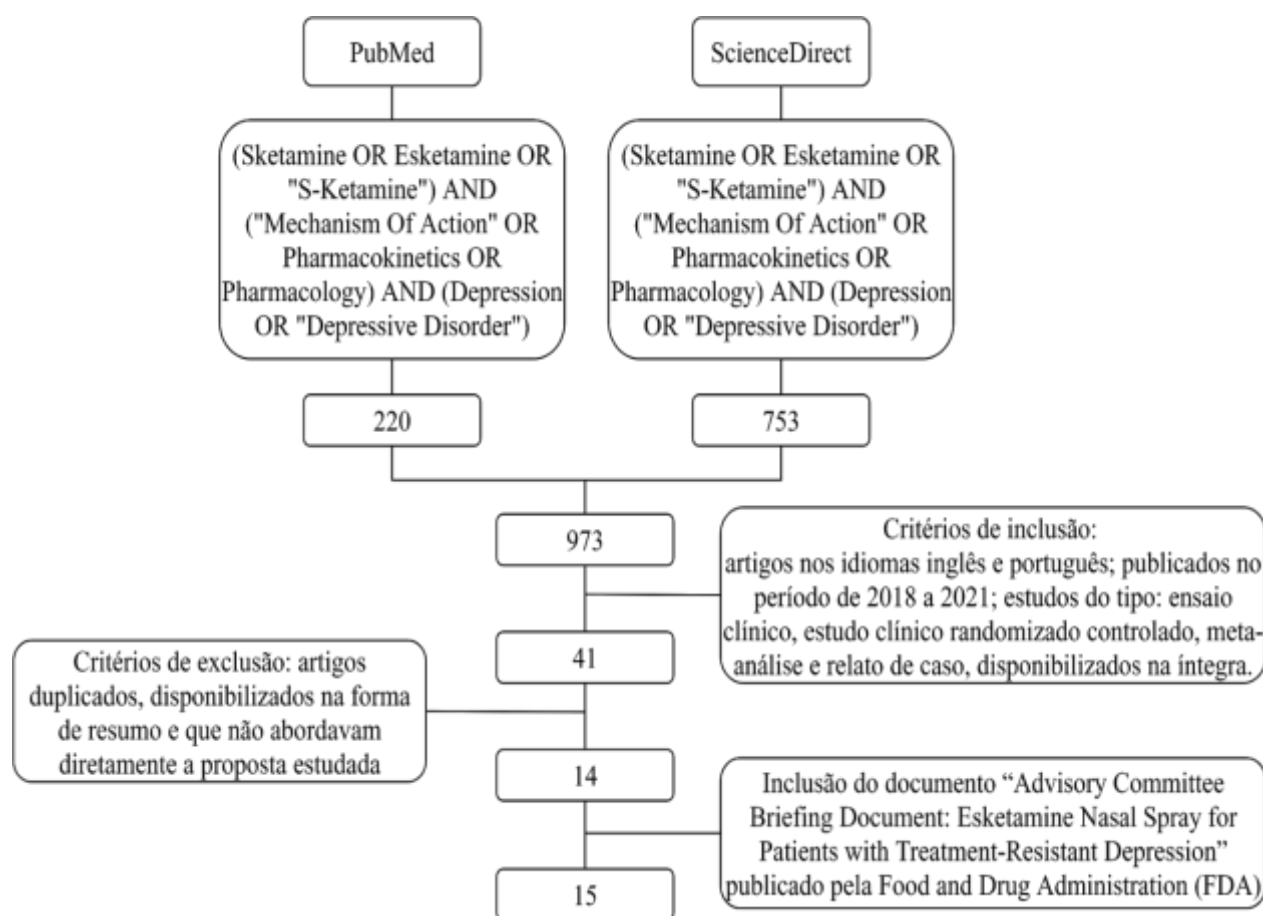
Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de 2018 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa. Foram considerados estudos do tipo: ensaio clínico, estudo clínico randomizado controlado, metanálise e relato de caso, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão incluíam artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 14 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Além disso, foi incorporado à amostra o documento “*Advisory Committee Briefing Document: Esketamine Nasal Spray for Patients with Treatment-Resistant Depression*” publicado pela *Food and Drug Administration* (FDA) com informações da empresa fabricante sobre o medicamento, uma vez que foi citado pela grande maioria dos artigos. Os resultados

foram apresentados de forma descritiva-explicativa, divididos em categorias temáticas abordando: informações gerais acerca do medicamento, farmacocinética, mecanismo de ação e efeitos adversos.

Os passos metodológicos desde a busca nas bases de dados selecionadas até a composição da amostra final foram representados na Figura 9.1.

Figura 9.1. Fluxograma de busca nas bases de dados



Legenda: A figura ilustra o fluxograma de busca nas bases de dados PubMed e ScienceDirect, critérios de inclusão e exclusão, bem como a quantidade de artigos encontrados em cada etapa.

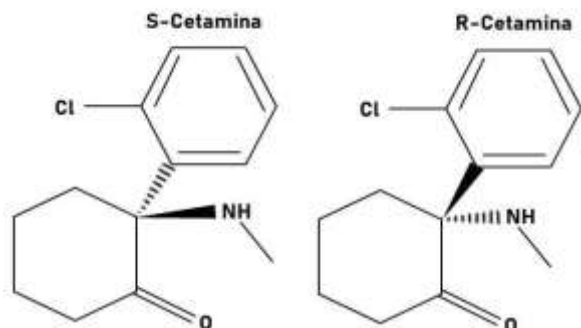
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Informações Gerais

A Escetamina, também chamada de Esquetamina ou Esketamina, é um composto comumente presente em anestésicos gerais e que atualmente vem sendo usado no tratamento da depressão refratária. Essa substância é o enantiômero S da Cetamina,

sendo que ambas atuam de forma similar com efeito antagônico não competitivo do receptor N-metil-d-aspartato (NMDA) (DALY *et al.*, 2018). Em relação às características químicas, a estrutura da Escetamina (S) e da Cetamina (R) estão representadas na Figura 9.2, ambas com fórmula molecular de C₁₃H₁₆ClNO e peso molecular de 274,2 g/mol (JANSSEN RESEARCH & DEVELOPMENT, 2019).

Figura 9.2. Estrutura molecular dos enantiômeros S e R



Legenda: A imagem representa as fórmulas moleculares do enantiômero S-Cetamina à esquerda, e do enantiômero R-Cetamina à direita. As duas moléculas, apesar de possuírem os mesmos átomos e as mesmas ligações, diferem na sua orientação tridimensional, o que faz com que ambas possuam propriedades físicas e químicas iguais, mas atividades biológicas diferentes. **Fonte:** Adaptado de ZHANG *et al.*, 2014.

A diferença entre a Escetamina e sua molécula espelhada é que a primeira possui um efeito antidepressivo mais potente devido à maior afinidade ao receptor NMDA, em cerca de três a quatro vezes (BARBOSA *et al.*, 2021; FEDGCHIN *et al.*, 2019; MORRISON *et al.*, 2018; OCHS-ROSS *et al.*, 2020; POPOVA *et al.*, 2019). Os motivos dessa diferença ainda não são totalmente esclarecidos, mas estudos demonstram que o centro quiral no átomo de carbono 2 do anel ciclohexano do enantiômero S possui maior afinidade para a área de ligação da fenciclidina no receptor NMDA do que o enantiômero R (JANSSEN RESEARCH & DEVELOPMENT, 2019).

Essa característica confere uma vantagem terapêutica pois ela pode ser aplicada em doses menores, de maneira muito menos invasiva, através da administração por via intranasal, e consegue atingir em menor tempo um resultado eficaz e até melhor que o da cetamina, que na maioria das vezes precisa

ser administrada por via intravenosa para se obter uma boa resposta clínica (MORRISON *et al.*, 2018). Outro ponto a favor do uso da Escetamina em relação ao seu enantiômero é o de que ela é capaz de gerar uma menor quantidade de efeitos adversos (BARBOSA *et al.*, 2021).

A Escetamina se apresenta na forma de um pó branco e cristalino, de nome comercial “Spravato”. De maneira geral, no organismo, possui propriedades analgésicas, sedativas, anestésicas e antidepressivas. Antigamente seu uso se restringia à função anestésica dissociativa, no entanto recentemente ela passou a ser utilizada com outras finalidades, como por exemplo para o tratamento de dor neuropática crônica e para o tratamento da depressão refratária ao tratamento (KAMP *et al.*, 2020).

Dados divulgados pelo portal da ANVISA, vinculado ao Ministério da Saúde, o Spravato, nome comercial do Cloridrato de Escetamina, produzido sob a forma de spray intranasal pela empresa Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda., foi aprovado no ano de 2020 pela agência para uso e comercialização com indicação para TDM em pessoas que não obtiveram uma resposta satisfatória a pelo menos dois tratamentos distintos com antidepressivos em posologia adequada. A utilização do Spravato é indicada em concomitância com terapia antidepressiva oral para potencialização do tratamento como um todo, e para que haja melhora clínica com maior eficácia (ANVISA, 2020).

Farmacocinética

A Escetamina, quando administrada via spray, é absorvida de forma rápida no organismo, em tempo máximo de 40 minutos e se torna prontamente biodisponível devido à ampla rede vascular e a possibilidade de

absorção sistêmica relativamente alta da mucosa nasal (MORRISON *et al.*, 2018). Após administração intranasal, não acontece metabolismo de primeira passagem do intestino e do fígado significativa, o que ocorreria caso fosse administrado via oral, e, dessa maneira há menor probabilidade de ocorrer interferências de fármacos administrados concomitantemente, uma vez que não interferem inicialmente no sistema enzimático do citocromo P450 (JANSSEN RESEARCH & DEVELOPMENT, 2019).

Resultados apresentados por Citrome *et al.* (2020) revelaram que a terapêutica com o uso de Escetamina usada em conjunto com um antidepressivo oral é mais eficiente para depressão refratária tanto no tratamento agudo, quanto na terapêutica com manutenção a longo prazo quando comparado com o uso do antidepressivo oral associado a um spray placebo intranasal.

A biodisponibilidade absoluta da Escetamina no organismo, ao ser administrada via intranasal com a dose de 84 mg, é de aproximadamente 48%, e para as doses de 20 a 25 mg a biodisponibilidade varia de 45% até cerca de 60% (MORRISON *et al.*, 2018). No que se refere ao tempo de uso e significância clínica do tratamento, foi determinado pelos estudos de McIntyre *et al.* (2020) que os maiores efeitos para Escetamina intranasal são observados em 24h após a administração, enquanto que para a Cetamina endovenosa, comparativamente, os maiores efeitos se dão em até 6 dias.

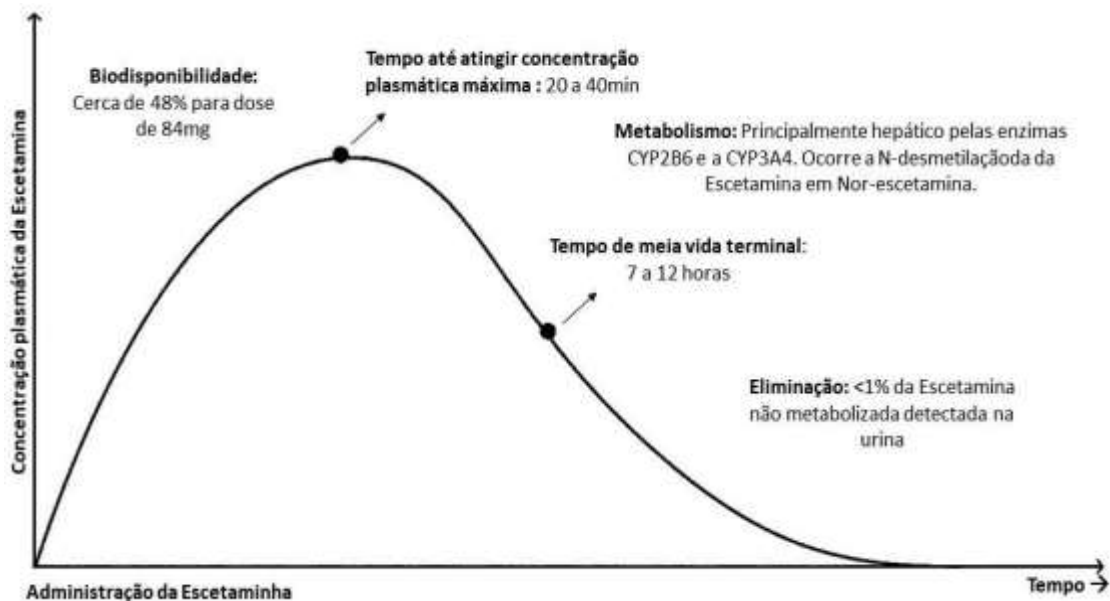
No estudo de Daly *et al.* (2018), foi evidenciado que o tratamento da depressão refratária com Escetamina intranasal foi clinicamente significativo com as doses de: 28 mg, 56 mg e 84 mg, e que houve melhora expressiva após uma semana de uso do medicamento. A duração da eficácia se

mostrou maior para as doses de 56 e 84 mg, e para esses mesmos valores foram obtidos resultados clinicamente semelhantes ao uso da Cetamina via endovenosa na dosagem de 0,5 mg/kg, informação que se mostra promissora. Ainda neste estudo foi constatado que a administração intranasal da Escetamina nas três dosagens citadas anteriormente é relativamente segura, sem a exibição de eventos inesperados.

Além disso, segundo dados fornecidos pela farmacêutica fabricante Janssen Pharmaceuticals, em documento publicado pelo FDA, a Escetamina pode ser identificada a nível plasmático após 7 minutos da administração via spray nasal. Outras informações relativas à farmacocinética do medicamento revelaram que a ligação da às proteínas é de até 45%, a meia vida terminal é de 7 a 12 horas, e que aproximadamente 78% da Escetamina absorvida é convertida a seu metabólito, Nor-escetamina, principalmente por meio das enzimas CYP2B6 e CYP3A4, a nível hepático pela reação de N-desmetilação.

Em relação aos processos de eliminação e excreção, a partir do momento que a concentração máxima é atingida há uma queda brusca da Escetamina plasmática nas primeiras horas posteriores, seguidas de uma redução mais lenta e gradativa. Quando administrada por via oral ou endovenosa ocorre excreção urinária de menos de 1% do fármaco não metabolizado, e os dados dessa excreção para quando o medicamento é aplicado via intranasal não foram fornecidos (JANSSEN RESEARCH & DEVELOPMENT, 2019). A farmacocinética da Escetamina pode ser sintetizada na Figura 9.3, com as principais características encontradas na busca no que se refere aos processos de absorção, distribuição, metabolismo e excreção.

Figura 9.3. Curva dos parâmetros farmacocinéticos



Legenda: A figura sintetiza todas as etapas da farmacocinética da Escetamina: absorção, distribuição, metabolismo e excreção. O gráfico se refere à concentração plasmática da Escetamina versus o tempo decorrido após a administração. O pico da curva, denotado pela primeira marcação, representa o tempo necessário para que o fármaco atinja concentração máxima no sangue, que corresponde a 20-40 minutos. A segunda marcação na curva representa o tempo de meia vida terminal, isto é, o tempo necessário para que o fármaco se reduza à metade da sua concentração máxima após administração, sendo de 7 a 12 horas. A biodisponibilidade é dada por uma porcentagem que corresponde a quantidade do fármaco que alcança a circulação sistêmica em relação a quantidade de fármaco total administrada, sendo essa relação de 48%. A Escetamina é metabolizada pelas enzimas hepáticas CYP2B6 e CYP3A4 em seu principal metabólito, a Nor-escetamina. Por fim, sobre a eliminação, menos de 1% do fármaco não metabolizado é encontrado na urina quando a via de administração é oral ou endovenosa. **Fonte:** Adaptado de MEHROTRA *et al.*, 2007.

Mecanismo de ação

A fisiopatologia da depressão pode ter origem em alterações na transmissão glutamatérgica, juntamente com a perda neuronal, em regiões cerebrais que modulam o comportamento (DALY *et al.*, 2018, 2019; POPOVA *et al.*, 2019). A Cetamina é capaz de modular a transmissão do glutamato e se comporta como um antagonista do receptor NMDA. O enantiômero S (S-cetamina) do fármaco, conhecido como Escetamina, tem uma afinidade três a quatro vezes maior pelo NMDA, quando comparado ao enantiômero R (BARBOSA *et al.*, 2021; FEDGCHIN *et al.*, 2019; MORRISON *et al.*, 2018; OCHS-ROSS

et al., 2020; POPOVA *et al.*, 2019). Dessa forma, a Escetamina permite maior eficácia antidepressiva, em doses mais baixas, produz um melhor efeito terapêutico e está associada a menores efeitos colaterais (MORRISON *et al.*, 2018).

Acredita-se que a Escetamina influencia transitoriamente a transmissão do glutamato, uma vez que ocupa o poro do canal NMDA e aumenta a liberação de glutamato. Tal evento leva a um aumento da ativação do receptor alfa-amino-3-hidroxi-metil-5-4-isoxazolpropiónico (AMPA). Dessa forma, ocorrerá uma intensificação da liberação de fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) e um estímulo à sinaptogênese (FU *et*

al., 2020). A Figura 9.4 representa esquematicamente o mecanismo de ação da Escetamina.

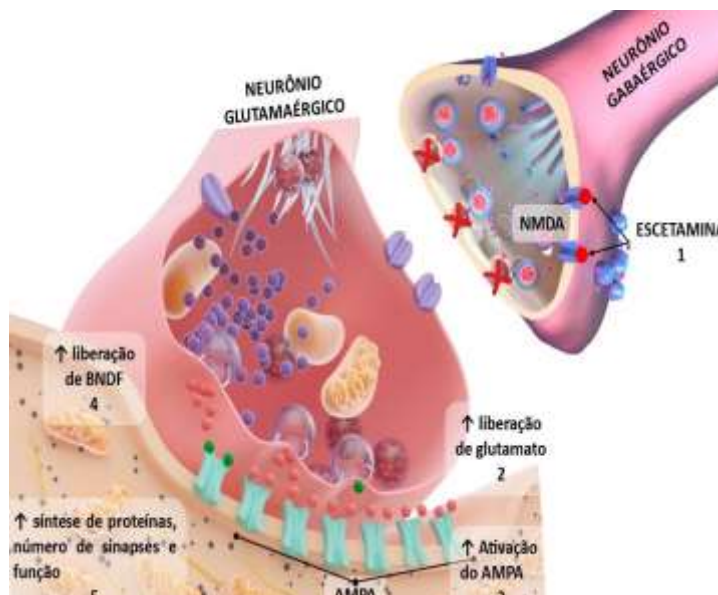
Efeitos adversos

É importante que os efeitos adversos da Escetamina sejam esclarecidos antes de iniciar seu uso na prática clínica. No estudo de Daly *et al.* (2018) os eventos adversos mais comuns observados foram tontura, cefaleia, sintomas dissociativos transitórios, disgeusia, sedação e náuseas. Importante frisar que as mudanças perceptivas e/ou sintomas dissociativos (avaliados pelo “Clinician-Administered Dissociative States Scale” – CADSS) começaram logo após o início da dosagem intranasal, atingiram o pico após aproximadamente 40 minutos, foram sanados em 2 horas e atenuados em todos os grupos com a dosagem repetida (DALY *et al.*, 2018; MORRISON *et al.*, 2018).

Os sintomas dissociativos no estudo de Fedgchin *et al.* (2019) também atingiram seu pico em 40 minutos após a medicação com Escetamina e se resolveram após 1,5 horas. Alguns pacientes apresentaram eventos únicos de ansiedade, perturbação da atenção, cefaleia, náuseas, tontura, vômito e, uma pequena parte, evento de depressão. Os efeitos adversos variaram de acordo com a dose utilizada do medicamento. A sedação ocorreu de forma leve a moderada e iniciou-se logo após a administração do spray nasal e foi resolvida em aproximadamente uma hora.

Nos estudos de Canuso *et al.* (2018), Fu *et al.* (2020) e Daly *et al.* (2019), os efeitos adversos mais frequentes na população de estudo foram: disgeusia, náusea, cefaleia, vertigem, dissociação, sonolência e tontura. Além desses, Canuso *et al.* (2018), Fu *et al.*

Figura 9.4. Mecanismo proposto para a ação da Escetamina



Legenda: A figura ilustra o mecanismo proposto para a ação da escetamina que ocorre por meio da modulação de diferentes cascatas de sinalização, como por exemplo a via de liberação de glutamato e de dopamina. (1) A escetamina ocupa os poros dos canais NMDA, resultando em um bloqueio da inibição gabaérgica, isso por sua vez causa (2) um aumento na liberação de glutamato. Assim ocorrerá (3) um crescimento da transmissão glutamatérgica por meio dos receptores AMPA, cuja expressão na superfície celular é regulada independentemente da supressão do receptor NMDA. Dessa forma, observa-se um aumento (4) dos níveis de BDNF dependentes da (5) sinaptogênese e, portanto, um efeito antidepressivo sustentado. **Fonte:** Adaptado de JANSSEN RESEARCH & DEVELOPMENT, 2019.

(2020), abordaram dissociação, constipação, visão turva, hipoestesia, vômito, insônia, sedação, vertigem, ansiedade e tontura postural. Para Daly *et al.* (2019), a maioria dos eventos adversos foram moderados e observados após a administração da Escetamina e, geralmente, resolvidos no mesmo dia.

Alterações laboratoriais, eletrocardiográficas, tolerabilidade nasal não foram significativas. Ainda, observou-se tontura, náusea, fadiga, cefaleia e dissociação (OCHS-ROSS *et al.*, 2020). Além dos citados anteriormente, o estudo de Popova *et al.* (2019), abordou reações como disgeusia, vertigem, sedação e foram classificados como

moderados e transitórios. Para os pacientes que tiveram sedação, o sintoma começou cerca de 15 minutos após a administração da Escetamina e teve uma resolução espontânea cerca de 1,5 horas após a administração, bem como não foi associada a hipoxemia.

A maioria dos estudos apresentou como efeito adverso a elevação transitória da pressão arterial, retornando ao seu valor basal após certo tempo de administração da Escetamina (DALY *et al.*, 2018; FEDGCHIN *et al.*, 2019; FU *et al.*, 2020; DALY *et al.*, 2019; OCHS-ROSS *et al.*, 2020; POPOVA *et al.*, 2019; CANUSO *et al.*, 2018; CORREIA-MELO *et al.*, 2020). Os pacientes do estudo de Correia-Melo *et al.* (2020), apresentaram aumento da pressão arterial, bem como o aumento da frequência cardíaca como os eventos adversos mais comuns do tratamento.

CONCLUSÃO

A depressão refratária é um distúrbio psíquico alarmante, uma vez que essa doença pode resultar em desfechos trágicos. Atrelado a isso, existem poucas opções terapêuticas eficazes para tratá-la. Dessa forma, é iminente

a necessidade de buscar novos tratamentos como alternativa para a resolução da problemática. A Escetamina tem sido descrita como uma importante ferramenta farmacológica no tratamento do paciente com transtorno depressivo refratário por vários autores e sua utilização tem se mostrado eficaz e segura.

O fármaco pode ser administrado por via nasal, o que permite sua fácil aplicação pelo paciente, e confere a vantagem de diminuir a chance de ser utilizado na tentativa de autoextermínio, como os antidepressivos orais comumente utilizados. A Escetamina é absorvida e se torna biodisponível de forma rápida e eficaz, e apresenta uma maior eficácia antidepressiva, com um melhor efeito terapêutico e em doses menores.

É importante salientar que se trata de um medicamento com alguns efeitos adversos importantes que devem ser esclarecidos antes do seu uso na prática clínica. Dessa forma, as questões relacionadas a sua utilização a longo prazo, incluído o potencial de dependência, devem ser cuidadosamente avaliadas futuramente em estudos prospectivos e de longa duração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. In: SPRAVATO (cloridrato de escetamina): novo registro. [S. l.], 6 nov. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/spravato-r-cloridrato-de-escetamina-novo-registro>. Acesso em: 8 abr. 2021.

BARBOSA, M.G. *et al.* Heterogeneous trajectory of depressive symptoms after repeated subcutaneous esketamine injections. *Journal of Affective Disorders Reports*, v. 3, p. 100053, 2021.

BAUER, M. *et al.* Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 36, p. 17, 2009.

CANUSO, C.M. *et al.* Efficacy and safety of intranasal esketamine for the rapid reduction of symptoms of depression and suicidality in patients at imminent risk for suicide: Results of a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, v. 175, p. 620, 2018.

CARDOSO, L.R.D. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Psicologia argumento*, v. 29, p. 1, 2017.

CITROME, L. *et al.* Appraising esketamine nasal spray for the management of treatment-resistant depression in adults: Number needed to treat, number needed to harm, and likelihood to be helped or harmed. *Journal of Affective Disorders*, v. 271, p. 228, 2020.

CORREIA-MELO, F.S. *et al.* Efficacy and safety of adjunctive therapy using esketamine or racemic ketamine for adult treatment-resistant depression: A randomized, double-blind, non-inferiority study. *Journal of Affective Disorders*, v. 264, p. 527, 2020.

DALY, E. J. *et al.* Efficacy of esketamine nasal spray plus oral antidepressant treatment for relapse prevention in patients with treatment-resistant depression: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, v. 76, p. 893, 2019.

DALY, E.J. *et al.* Efficacy and safety of intranasal esketamine adjunctive to oral antidepressant therapy in treatment-resistant depression: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, v. 75, p. 139, 2018.

FEDGCHIN, M. *et al.* Efficacy and safety of fixed-dose esketamine nasal spray combined with a new oral antidepressant in treatment-resistant depression: Results of a randomized, double-blind, active-controlled study (TRANSFORM-1). *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, v. 22, p. 616, 2019.

FU, D.J. *et al.* Esketamine nasal spray for rapid reduction of major depressive disorder symptoms in Patients who have active suicidal ideation with intent: double-blind, randomized study (ASPIRE I). *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 81, 19m13191, 2020.

GAZZONI, A.P. & FERREIRA, V.R.T. Análise funcional dos sintomas depressivos do transtorno depressivo maior. *PSI UNISC*, v. 5, p. 167, 2021.

JANSSEN RESEARCH & DEVELOPMENT. Advisory Committee Briefing Document: Esketamine Nasal Spray for Patients with Treatment-Resistant Depression. JNJ-54135419 (esketamine) (EDMS-ERI-171521650, 1.0). Janssen Research & Development, LLC, 2019. Disponível em: <https://www.fda.gov/media/121377/download>. Acesso em: 8 abr. 2021.

KAMP, J. *et al.* Pharmacokinetics of ketamine and its major metabolites norketamine, hydroxynorketamine, and dehydronorketamine: a model-based analysis. *British Journal of Anaesthesia*, v. 125, p. 750, 2020.

MCINTYRE, R.S. *et al.* The effect of intravenous, intranasal, and oral ketamine in mood disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 276, p. 576, 2020.

MEHROTRA, N. *et al.* The role of pharmacokinetics and pharmacodynamics in phosphodiesterase-5 inhibitor therapy. *International journal of impotence research*, v. 19, n. 3, p. 253-264, 2007.

MORRISON, R.L. *et al.* Effect of intranasal esketamine on cognitive functioning in healthy participants: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Psychopharmacology*, v. 235, p. 1107, 2018.

OCHS-ROSS, R. *et al.* Efficacy and safety of esketamine nasal spray plus an oral antidepressant in elderly patients with Treatment-Resistant Depression—TRANSFORM-3. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 28, p. 121, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. 2008.

POPOVA, V. *et al.* Efficacy and safety of flexibly dosed esketamine nasal spray combined with a newly initiated oral antidepressant in treatment-resistant depression: A randomized double-blind active-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, v. 176, p. 428, 2019.

ROCHA, F. *et al.* Tratamento medicamentoso da depressão maior refratária. *Diagnóstico e Tratamento*, v. 21, p. 3, 2016.

SARIN, L.M. & DEL PORTO, J.A. Antipsicóticos atípicos na depressão refratária. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 58, p. 73, 2009.

TELES, M.L.S. O que é depressão. São Paulo: Brasiliense, 2017. 67 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2021.

ZHANG, J. *et al.* R (-)-ketamine shows greater potency and longer lasting antidepressant effects than S (+)-ketamine. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, v. 116, p. 137, 2014.

CAPÍTULO 10

UTILIZAÇÃO DE RECURSOS AUDIOVISUAIS NO ENSINO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Palavras-chave: Saúde Mental; Educação em Enfermagem; Recursos Audiovisuais

JULY GRASSIELY DE OLIVEIRA BRANCO¹
GABRIELLA GONÇALVES BOATO DA SILVA²
SAMANTHA ALVES SOARES³
FRANCISCA BERTILIA CHAVES COSTA⁴
ANDRÉ LUIZ RODRIGUES SOARES SOUSA⁵
JULIANA GUIMARÃES E SILVA⁶

1. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Docente da graduação de Enfermagem da Faculdades Integradas IESGO.
2. Graduanda em Enfermagem das Faculdades Integradas IESGO.
3. Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. Docente da graduação de Enfermagem do Instituto Leya.
4. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.
5. Mestrando em Ciências da Saúde- Universidade de Brasília- UnB. Residente em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia do DF. Coordenador da Graduação em Enfermagem da Faculdades Integradas IESGO.
6. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ; Pesquisadora do Instituto de Saúde Pública/Universidade do Porto, Portugal; Membro do Observatório Ibero-americano de Saúde e Cidadania (ISPUP/UFPB).

INTRODUÇÃO

Frente ao contexto pandêmico acarretado pela COVID-19 (OPAS, 2020), órgãos oficiais de educação recomendaram que escolas e faculdades adotassem o ensino remoto frente a necessidade do distanciamento social como medida para enfrentamento da doença (UNESCO, 2020; BRASIL, 2020).

O ensino remoto configura-se como uma estratégia que possibilita que discentes e docentes transfiram a sala de aula presencial para o ambiente virtual, com interação em tempo real mediante aulas síncronas, permitindo que o acesso seja realizado por pessoas em diferentes localidades (BEHAR, 2020).

Aliada a essa modalidade de ensino, emergem as tecnologias da informação e comunicação (TIC), a qual conceitualmente são tidas como procedimentos, métodos e equipamentos empregados para a compreensão das informações, através da interface de recursos tecnológicos (CANTO *et al.*, 2015). Dessa forma, os recursos tecnológicos, conforme afirma Corrêa (2005, p. 14), “[...] podem e devem contribuir para a melhoria do indivíduo, nesse caso, em especial, para o processo ensino-aprendizagem da sociedade contemporânea”.

Assim, emergem as ferramentas audiovisuais, que se configuram por meio de filmes e documentários, como estratégia para auxiliar o docente na abordagem de conteúdos on-line, proporcionando ao discente a possibilidade de melhor compreensão do conteúdo (BATISTA & NUNES, 2018; BERK & ROCHA, 2019; PASTOR JÚNIOR *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2018).

Sabe-se que a utilização de ferramentas cinematográficas como recurso auxiliar no processo ensino-aprendizagem, permite aos alunos a visualização de realidades que não seriam possíveis em outros formatos (BARROS *et al.*, 2019). Diversos estudos abordaram tal recurso para o ensino nas formações em saúde relatando práticas bem-sucedidas (CACHONI *et al.*, 2018; LOPES *et al.*, 2017). Já quando a abordagem estava direcionada ao ensino da saúde mental a experiência resultou na melhor compreensão dos assuntos abordados (CORREA & BORGES, 2020; COELHO *et al.*, 2019).

Ao refletirmos sobre as possibilidades de uma educação transformadora, faz-se necessário que o professor busque por métodos de ensino que levem o discente a ter uma aprendizagem significativa (TOBASE, 2018). Para que essa aprendizagem ocorra é necessário que haja uma interação entre os conhecimentos prévios do indivíduo e os novos conhecimentos (MATOS *et al.*, 2019), ou seja, com esse procedimento, o processo de ensino-aprendizagem é facilitado para o aluno.

Tendo em vista a necessidade de melhorar as estratégias de aprendizagem nos cursos de graduação a fim de que a qualidade da educação esteja de acordo com os novos padrões de aprendizagem (WEIGERT *et al.*, 2016) e partindo das diretrizes curriculares da graduação em enfermagem, que tem como premissa que o profissional dessa área deve ser capaz de atuar com a prevenção, promoção, proteção e com a restituição da saúde (CECILIO *et al.*, 2016), o objetivo deste estudo foi relatar a experiência da utilização de recursos cinematográficos na disciplina de Saúde Mental para o discente da graduação em enfermagem.

MÉTODO

Estudo crítico-reflexivo do tipo relato de experiência, realizado em fevereiro de 2021. Os relatos de experiência tratam-se de observações sistemáticas da realidade com o intuito de testar hipóteses, correlacionando-as com a literatura vigente (DYNIEWICZ, 2014).

A experiência deu-se na disciplina de Saúde Mental para aproximadamente 30 alunos regularmente matriculados no sétimo e oitavo período da graduação em Enfermagem de uma instituição privada localizada na Região Centro-Oeste do Brasil. A disciplina em questão possui carga horária de 60 horas, contudo a experiência referida abordou 16 horas-aulas, perfazendo um total de quatro aulas. Assim, a vivência abordou o primeiro mês da disciplina, em decorrência do tema no qual utilizamos os recursos audiovisuais mencionados estarem contidos na programação inicial da disciplina.

Foram utilizados como recursos cinematográficos um filme (1h49min07s) e dois documentários (1h30min49s e 23min48s) empregados na construção do conhecimento acerca da história da Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Os documentários e o filme foram reproduzidos para os alunos durante as aulas síncronas, tendo seus conteúdos trabalhados e discutidos após cada exposição. No final destas atividades, foi solicitado que cada aluno fizesse uma resenha crítica acerca do assunto trabalhado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência

Inicialmente houve as apresentações do filme e dos documentários com orientação

aos discentes quanto aos objetivos de aprendizagem acerca do conteúdo e o emprego das ferramentas cinematográficas. A primeira abordagem foi realizada em duas aulas expositivas dialogadas centradas nos conceitos e pontos principais acerca da História da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Além disso, todos foram orientados sobre os aspectos principais a serem observados nos documentários e no filme, sobre a realização de uma resenha crítica após o término do conteúdo trabalhado e sobre como seria realizado o cine debate. Os recursos audiovisuais perfizeram em média quatro horas e foram transmitidos para os alunos durante a aula síncrona. Para o fechamento do conteúdo e verificação da aprendizagem, realizou-se um momento denominado de cine debate com o intuito de discutir as obras, relacionando com os conteúdos ministrados, além de permitir aos alunos expressarem seus sentimentos.

O debate foi orientado mediante um roteiro com perguntas norteadoras: i) modelos de assistência destinados aos sujeitos; ii) pontos de motivação para a reforma psiquiátrica. Os alunos, a partir das perguntas norteadoras, faziam considerações sobre as obras, relacionando suas impressões e inquietações, não restringindo o tempo de fala. Aos alunos que não dispunham de microfone, foram orientados a escreverem no chat, sendo lido pela docente e compartilhado com o grupo.

Em decorrência da disseminação da informática e consequentemente da internet para a população brasileira hábitos como, por exemplo, a utilização de e-mail, aplicativos sociais, videoconferências entre outros, torna-se imprescindível que o docente acompanhe o desenvolvimento tecnológico e insira em suas

aulas estratégias diferenciadas para facilitar o processo de ensino-aprendizagem (CHAVAGLIA *et al.*, 2018). Ancorados nesta premissa, estudos evidenciam que diversas áreas do conhecimento já empregam vídeos para potencializar a aprendizagem dos alunos (FORBES *et al.*, 2016; BATISTA & NUNES, 2018; MUNIZ *et al.*, 2018; SOUZA NETO *et al.*, 2017).

Assim, durante a experiência vivenciada observou-se que a utilização das ferramentas potencializou o aprendizado dos discentes devido a relação da teoria com as obras assistidas, permitindo assim ressignificar visões estigmatizadas acerca da saúde mental, a construção de um olhar mais sensível em relação as lutas que permearam os avanços na área.

A respeito do emprego dos recursos audiovisuais, Peres *et al.* (2018) citam que o emprego destes possibilita que os discentes reflitam sobre o assunto abordado. Entretanto, para que isso aconteça é imprescindível que o conteúdo desse tipo de recurso tenha relação com a teoria abordada na aula online. Tal prática também permite que as aulas sejam mais dinâmicas e que haja interação entre os seus participantes (FERREIRA & SANTOS, 2014). Essas ações corroboram com o trabalho de socialização do enfermeiro com as equipes da área da saúde (CARRARO *et al.*, 2011).

As aulas expositivas dialogadas associadas com os recursos audiovisuais tornam as aulas dinâmicas e os alunos discutem mais e formam as concepções a respeito dos assuntos tratados (ANDRADE, 2019). A prática das metodologias ativas em sala de aula faz com que o discente não seja um mero receptor do conhecimento e atue como um protagonista da sua própria aprendizagem. Entretanto, também é

necessário que o mesmo esteja disposto a aprender (DIESEL *et al.*, 2017).

É pertinente que o professor consiga aliar a teoria com a prática para que o discente perceba o seu papel social (QUADROS & COLOMÉ, 2016). O docente deve incentivar o discente a pesquisar sobre o assunto da sua matéria continuamente (SARMENTO NETTO, 2016).

A variedade de recursos empregados durante estas aulas com o uso do filme, documentários e aula expositivas recrudescem a aprendizagem dos alunos (WOLF & PEYRE, 2018). Ainda em consonância o discente também tem que exercitar o seu poder de escutar, argumentar com base na literatura sobre um determinado assunto e fica mais engajado no processo de ensino-aprendizagem, esse engajamento do aluno deve-se aos componentes: comportamental, emocional e cognitivo (DELENARDO *et al.*, 2019).

Os estímulos que estão à volta do aluno são muito importantes para a aprendizagem, pois auxiliam a interação com o professor bem como entre os demais companheiros de sala (FONTANA *et al.*, 2020). Todas essas ações vão ajudar o aluno a se comunicar como também a ser um cidadão ativo na Sociedade a qual faz parte (FONSECA *et al.*, 2011).

Sobre o ensino em Saúde Mental estudos evidenciam que as recomendações para as mudanças curriculares emanadas a partir de 2001 pelo Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior através da Resolução nº 03/2001 que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem, permitiram transformações nos modelos de ensino. Aliada a essas mudanças algumas Instituições de Ensino Superior adotaram novas abordagens

de ensino que vão ao encontro às necessidades de modelo de atenção psicossocial ancorados na Reforma Psiquiátrica Brasileira instituída pela Lei 10.216/2001 (OLMOS *et al.*, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2017).

Ressalta-se que ao docente cabe o papel de facilitador do processo de ensino-aprendizagem, ou seja, devendo auxiliar para que o aluno seja o protagonista do seu processo. Para que isso ocorra a proposta deve permitir que o aluno tenha um pensamento criativo, crítico e reflexivo. Os conteúdos ministrados também devem apresentar relação com a realidade do aluno no campo profissional para que ele seja sujeito da aprendizagem (WATERKEMPER & PRADO, 2011).

Assim, como afirma Pastor Junior e Tavares (2019, p. 206), “a inclusão de filmes e vídeos na formação em Enfermagem tem possivelmente a sua maior contribuição, ou seja, a provisão de um espaço de produção ativa e relativamente autônoma de saberes, em que os estudantes possam refletir sobre suas práticas, sobre si, e ter postura crítica em relação aos conteúdos e práticas estudadas”.

Além disso, foi percebido durante o debate a expressão de muitos sentimentos tais como ansiedade para falar sobre os documentários, indignação com a violência e a violação dos direitos humanos, ao mesmo tempo, e esperançosos quanto ao conteúdo abordado no filme.

Ao analisar-se o debate e na correção das resenhas, a maioria dos objetivos propostos foram alcançados mediante entendimento por parte dos discentes sobre a trajetória que se seguiu desde a assistência do modelo asilar até chegarmos ao modelo assistencial aberto e de base comunitária, além da boa receptividade dessa prática demonstrada pelos alunos.

Percebe-se no cenário supracitado que a adoção de ferramentas audiovisuais no ensino em saúde tem evidenciado suas potencialidades como estratégia de ensino. Entretanto, como evidência Berk e Rocha (2019) ela deve ser associada com debates para potencializar os conteúdos ministrados com a problematização e o alcance de sua reflexão.

As ações educativas mostraram que os alunos obtiveram êxito no processo de ensino-aprendizagem. Esses resultados estimulam o professor a empregar os recursos audiovisuais em sala de aula (CARVALHO *et al.*, 2017). Além disso, a diversidade de estratégias empregadas pelo professor possibilita uma maior aprendizagem obtida pelos discentes. A reflexão depende do docente e do discente para que ela corrobore como uma aprendizagem significativa (DANIELSKI *et al.*, 2019). Contudo, chamamos a atenção para a necessidade do apoio institucional, pois para que o docente possa inovar em sala de aula é necessário que ele tenha tempo (SANTOS *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

As ferramentas utilizadas foram de grande valia no processo de aprendizagem, permitindo a compreensão acerca do tema, além do desenvolvimento de um pensamento crítico do corpo estudantil, o que não dispensa a intervenção do docente. Além disso, essas ferramentas propiciam a formação de profissionais capazes de questionarem a sua atuação e de terem a capacidade de trabalhar em conjunto. Tais habilidades apresentam elevada importância na formação do futuro enfermeiro.

Ademais são necessários mais estudos com associação entre as metodologias ativas e o ensino de saúde mental na graduação em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, I.C.S. Análise discente das estratégias de ensino aprendizagem utilizada num curso de graduação em enfermagem. 2019. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Programa de Pós-graduação em Ensino da Saúde da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.
- BARROS, A.A. *et al.* Cinema na escola: O uso do filme Wall-E para o trabalho com educação ambiental. *Educação & Linguagem*, v. 2, p. 84, 2019.
- BATISTA, D.F. & NUNES, J.V. O uso de documentários como ferramenta didática no ensino de biblioteconomia. *Revista Brasileira de Educação em Ciência da Informação*, v. 24, p. 62, 2018.
- BEHAR, P.A. O Ensino Remoto Emergencial e a Educação a Distância. 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/coronavirus/base/artigo-o-ensino-remoto-emergencial-e-a-educacao-a-distancia/>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- BERK, A. & ROCHA, M. O uso de recursos audiovisuais no ensino de ciências: uma análise em periódicos da área. *Revista Contexto & Educação*, v. 34, p. 72, 2019.
- BRASIL. Portaria Nº 544, de 16 de junho de 2020. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais, enquanto durar a situação de pandemia do novo coronavírus - Covid-19, e revoga as Portarias MEC nº 343, de 17 de março de 2020, nº 345, de 19 de março de 2020, e nº 473, de 12 de maio de 2020. Publicado em: 17/06/2020. Edição: 114, seção: 1, página: 62. Órgão: Ministério da Educação, gabinete do Ministro.
- CACHONI, L.F. *et al.* O uso de filme didático como recurso no ensino-aprendizagem da técnica de massagem miofascial. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 25, p. 410, 2018.
- CANTO, R.R. *et al.* Identificação dos tipos e finalidades do uso de tecnologias de informação e comunicação por alunos de uma escola pública de Rondônia. *ARTEFACTUM-Revista de estudos em Linguagens e Tecnologia*, v. 11, n. 2, 2015.
- CARRARO, T.E. *et al.* Socialização como processo dinâmico de aprendizagem na enfermagem: uma proposta na metodologia ativa. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 29, p. 248, 2011.
- CARVALHO, J.T. *et al.* Tecnologias áudio visual e sua aplicabilidade no ensino de procedimentos de enfermagem. *Indagaio Didactica*. v. 9, p. 179, 2017.
- CECILIO, S.G. *et al.* Estratégias de ensino utilizadas na formação do enfermeiro-educador: revisão integrativa. *Revista Rene*, v. 22, e61210, 2021.
- CHAVAGLIA, S.R.R. *et al.* Estratégias didáticas identificadas junto a graduandos de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, v. 23, e53876, 2018.
- COELHO, F.J.F. *et al.* Proposta Pedagógica para Utilização do Filme Bicho de Sete Cabeças na Perspectiva da Saúde Mental e Redução de Danos do Uso Abusivo de Drogas. *Revista de Ensino de Ciências e Matemática*, v. 10, n. 5, p. 301-317, 2019.
- CORRÊA, J. Sociedade da informação, globalização e educação a distância. Rio de Janeiro: Senac, 2005.
- CORREA, T. & BORGES, L.R. A adoção de filmes e documentários como estratégia de ensinagem em monitorias de saúde mental. *Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/18644/seer_18644.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.
- DANIELSKI, K. *et al.* Contexto da sala de aula, estratégias de ensino e aprendizagem para uma educação para cidadania global na enfermagem. *Revista Iberoamericana de Educacion e Investigation en Enfermeria*. v. 9, p. 6, 2019.
- DELENARDO, S. *et al.* Creation and online use of patient-centered vídeos, digital storytelling, and interactive self-testing questions for teaching pathophysiology. *Nurse Educator*, v. 44, E1, 2019.
- DIESEL, A. *et al.* Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. *Revista Thema*, v. 14, p. 268, 2017.
- DYNIWICZ, A.M. Metodologia da Pesquisa em Saúde para iniciantes. 3ed. rev. ampl. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2014. 247 p.
- FERREIRA, R.D.S. & SANTOS, J.H.V. O uso do vídeo em sala de aula. *Scientia Plena*, v. 10, p. 1, 2014.
- FONSECA, L.M.M. *et al.* Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. *Escola Anna Nery*. v. 15, p. 190, 2011.

FONTANA, R.T. *et al.* As metodologias usadas no ensino de enfermagem: com a palavra, os estudantes. *Educação em Revista*, v. 36, e220371, 2020.

FORBES, H. *et al.* Use of vídeos to support teaching and learning of clinical skills in nursing education: A review. *Nurse Education Today*, v. 42, p. 53, 2016.

LIMA, C.M. *et al.* Cinema e promoção da saúde: experiência com cine-debate. *Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas*, v. 8, p. 1, 2018.

LOPES, M.S.V. *et al.* O cinema como ferramenta transformadora do ensino em saúde: relato de experiência. *Revista Saúde & Ciência Online*, v. 6, p. 106, 2017.

MATOS, J.D.V. *et al.* Aprendizagem significativa por meio do uso de TICs: levantamento das produções de área de ensino de 2016 a 2018. *Renote*, v. 17, p. 466, 2019.

MUNIZ, I. *et al.* Uso de documentário no curso de medicina e a reflexão sobre temas éticos associados ao aborto. *Revista Bioética*, v. 26, n. 4, p. 606-616, 2018.

OLMOS, C.E.F. *et al.* Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental face aos currículos brasileiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, e20180200, 2020.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Folha informativa COVID-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 10 jan. 2020.

PASTOR JÚNIOR, A.A. & TAVARES, C.M.M. Revisão de literatura sobre as práticas com audiovisuais na educação em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 1, p. 190-199, 2019.

PASTOR JÚNIOR, A.A. *et al.* A produção de sentidos por estudantes a partir de um vídeo educativo na educação em enfermagem. *Interfaces da Educação*, v. 11, p. 606, 2020.

PERES, A.M. *et al.* Estratégias de Ensino na graduação em enfermagem: estudo descritivo. *Cogitare Enfermagem*, v. 23, e55543, 2018.

QUADROS, J.S. & COLOMÉ, J.S. Metodologias de ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 30, p. 1, 2016.

RODRIGUES, J. *et al.* Influência das reformas curriculares no ensino de saúde mental em enfermagem: 1969 a 2014. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, e67850, 2017.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Estratégia didáticas no processo de ensino-aprendizagem de gestão em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 27, e1980016, 2018.

SARMENTO NETTO, J.P.A. Uso de filmes como recurso didático na área da saúde. 2016. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Programa de Pós-graduação em Ensino da Saúde da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016.

SOUZA NETO, V.L. *et al.* Recurso áudio visual para aprendizagem sobre afogamento: relato de experiência. *Revista de Enfermagem UFPI*, v. 6, p. 80, 2017.

TOBASE, L. A dramatização como estratégia facilitadora no processo ensino aprendizagem dos estudantes de enfermagem. *Revista Paulista de Enfermagem*, v. 29, p. 77, 2018.

UNESCO - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. COVID-19: 10 Recommendations to plan distance learning solutions. Disponível em: <https://en.unesco.org/news/covid-19-10-recommendations-plan-distance-learning-solutions>. Acesso em: 10 jul. 2020

WATERKEMPER, R. & PRADO, M. L. Estratégias de ensino-aprendizagem em cursos de graduação em Enfermagem. *Avances en Enfermía*, v. 2, p. 234, 2011.

WEIGERT, S.P. *et al.* Estratégias de ensino em cursos de graduação: uma revisão sistemática. *Revista Gestão & Saúde*, v. 15, p. 6, 2016.

WOLF, A.B. & PEYRE, S.E. Student satisfaction with blackboard-style vídeos. *Nursing Education Perspectives*, v. 39, p. 244, 2018.

CAPÍTULO 11

COMPREENSÃO DO DISTÚRBO PSICOSSOMÁTICO

Palavras-chave: Transtornos Somatoformes ; Transtornos Mentais; Somatização

ANA CAROLINA MIRANDA GONÇALVES¹
BEATRIZ CAMPOS COSTA¹
ELISSANDRA FERREIRA LOIOLA¹
IASMINE PEREIRA RIBEIRO DE SENA SILVESTRE²
JOÃO VICTOR BEZERRA DE MOURA AZEVEDO¹
LARA CARVALHO DE OLIVEIRA¹
SABRINA MESSIAS DE ALMEIDA SANTOS²

1. Discente do curso de Medicina na Universidade de Rio Verde Campus Goianésia - GO.

2. Discente do curso de Medicina na Universidade de Rio Verde Campus Aparecida de Goiânia - GO.



INTRODUÇÃO

No século XX, com o avanço do chamado “paradigma bacteriológico”, houve um importante debate sobre a estruturação da saúde pública, com diversas correntes, de diferentes opiniões, tratando de questões como a base da saúde pública e se essa deveria ser pautada fundamentalmente na microbiologia, lidando apenas com doenças específicas. Esse processo culminou com a vitória do enfoque biológico da medicina, respaldada pelo conhecimento científico, negligenciando, assim, a dimensão psicológica e social do adoecimento humano. Por muito tempo essa influência positivista no campo da medicina fez com que houvesse imperícia dos profissionais ao tratar das condições psicológicas de seus pacientes, incluindo aquelas que afetam, de alguma forma, sistemas orgânicos, o que é definido como psicossomatização.

A palavra psicossomática deriva do termo grego *soma* e *psiquê*. O termo *soma* possui origem na palavra *summa* (essência), que quer dizer “o mais elevado”, considerado um termo superlativo de *super*, que significa “acima de” (BRANDÃO, 2008). Enquanto, o termo *psiquê* é derivado da palavra *psýkhein*, que significa soprar, respirar. Etimologicamente, “psiquê” significa sopro vital, vida, essência ou personificação do princípio da vida, princípio que anima o universo (BRANDÃO, 2008). Portanto, a psicossomática é entendida como uma verdadeira ciência, estudando o homem desde de sua forma integral como subjetiva.

Dessa forma, a expressão “doença psicossomática” refere-se a um dano psíquico que apresenta mudanças clínicas detectadas no corpo, sendo, portanto, uma condição de difícil diagnóstico, podendo ou não estar

associada com outras comorbidades. Os psicossomatizadores, como são chamadas as pessoas que sofrem dessa condição, acabam se submetendo a uma grande quantidade de consultas médicas, exames e intervenções frustradas e inapropriadas, gerando alto custo tanto para suas vidas pessoais quanto para o sistema de saúde.

Tendo isso em vista, fica evidente a importância de compreender os distúrbios psicossomáticos, devendo ser considerado uma prioridade pelos profissionais. Cabe, então, a realização de um estudo teórico que possa guiar o fazer clínico, propondo uma reflexão psicanalítica abrangendo manifestações que contribuem para o desenvolvimento dos sintomas somáticos. Para tanto, o estudo em questão objetiva pontuar e descrever os principais aspectos acerca do distúrbio psicossomático, colocando em destaque as principais evidências clínicas e hipóteses a respeito desta vertente psiquiátrica cada vez mais presente na rotina dos consultórios médicos.

MÉTODO

O texto a seguir trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de março até abril de 2021, através de pesquisas nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Scholar. Em que foram utilizados os descritores: “Transtornos somatoformes”; “Transtornos mentais”; “Somatização”. Desta busca foram encontrados 13 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2007 até 2018 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, disponibilizados na

integra. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram seis artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, com base na ancora teórica: “Generalidades sobre o transtorno psicossomático” e “Somatização em evidência”.

Ademais, foram utilizados os seguintes referenciais bibliográficos: “Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais”; “Mitologia grega”; “Tratado de psiquiatria clínica”; “Compêndio de psiquiatria – Ciências do comportamento e psiquiatria clínica”; “Manual de psiquiatria clínica” para a constituição desta revisão de literatura tendo em vista definições e parâmetros científicos propostos para explicar o desenvolvimento do tema em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Generalidades sobre o transtorno psicossomático

O termo psicossomático, na expressão mais comum, pode reportar-se tanto ao quesito da origem psicológica de determinadas doenças orgânicas, quanto às repercussões afetivas do estado de doença física no indivíduo, como até confundir-se com simulação e hipocondria, onde toma um sentido negativo (CARDOSO, 1995). Arelado a isso, as explicações puramente biológicas da doença, apesar de ainda serem predominantes na Medicina, têm sido questionadas em diversos estudos que

evidenciam a influência da mente e das emoções nos estados de saúde.

Hoje sabe-se que o sistema nervoso autônomo, responsável pela coordenação do funcionamento de todos os órgãos internos, é regulado pelo sistema límbico, que por sua vez é afetado pelas experiências afetivas e emocionais do indivíduo em seu contexto social (CRUZ & PEREIRA JÚNIOR, 2011). Tal pressuposto condiz com a definição de saúde proposta pela OMS: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”, integrando a essencialidade do componente psicológico na saúde, seja ele inerente ou não às condições orgânicas. É unânime a convicção de que processos emocionais são acompanhados por alterações fisiológicas, demonstrando a interligação entre mente e corpo.

A psicossomática está apoiada em três teses que demonstram que a etiopatologia está comprometida com a função psicológica, há uma gama de processos que devem ser levados em consideração, que vão desde a semiologia da patologia, diagnóstico, terapêutica e elementos afetivos e irracionais do doente. Além disso, a última base expõe a necessidade de uma terapêutica estruturada em função do enfermo e não apenas um reconhecimento limitado da patologia (MELLO FILHO *et al.*, 2010).

No transtorno de somatização, F45.0, de acordo com o CID-10, os aspectos principais são sintomas físicos múltiplos, recorrentes e frequentemente mutáveis. Em geral, têm estado presentes por vários anos antes que o paciente seja encaminhado para um psiquiatra. A maioria dos pacientes tem uma longa e complicada história de contato com serviços médicos, tanto primários quanto especializados, durante a qual muitas

investigações negativas ou operações infrutíferas podem ter sido realizadas. Ainda de acordo com o F45.0, CID-10 podem ser referidos sintomas relacionados a qualquer parte ou sistema do corpo, mas sensações gastrointestinais e sensações cutâneas anormais e erupções ou manchas estão entre as mais comuns. Queixas sexuais e menstruais são também comuns. Depressão e ansiedade marcantes estão frequentemente presentes e podem justificar tratamento específico. O transtorno é muito mais comum em mulheres do que em homens e usualmente começa no início da idade adulta e pode ser observada a dependência ou abuso de medicação (REIS & GODINHO, 2018).

Para Alves e Lima (2016) é importante levar em consideração que qualquer paciente que procure o serviço médico seja escutado minuciosamente sobre sua queixa, esta é dirigida e segue um protocolo, objetivando não a compreensão do paciente, mas sim de sua doença. Trata-se de uma linha de raciocínio que estabelecerá um significado para o conjunto de informações obtidas por meio da linguagem propedêutica, buscada pela anamnese ou por exames complementares, para que seja feito um correto diagnóstico, mesmo que a hipótese de problema psicológico se apresente logo no início do atendimento.

É imprescindível para o diagnóstico de psicossomatização que a história do paciente seja bem desenvolvida levando a uma abordagem bem detalhada sobre tudo que está acontecendo. Dessa forma é importante abordar na anamnese temas como: cronograma familiar (relacionando a posição do indivíduo na família); um relato de vida com ênfase em fases importantes como, por exemplo, adolescência, casamento; traumas psíquicos; circunstâncias que precederam a

patologia relatada; além da forma como o enfermo encara tal situação, se foram necessárias adaptações, modificações ou desadaptações perante a nova doença e também o relacionamento médico-equipe-paciente.

Sabe-se que a morbidade psíquica apresenta graves efeitos em pacientes clinicamente doentes e que eventualmente há problemas internos que geram uma psicossomatização, como ocorre em casos de sintomas psíquicos secundários causados por condição clínica gerando um *delirium* e/ou demência ou em sintomas psiquiátricos como reação a condição clínica ou tratamento levando ao desenvolvimento de ansiedade e depressão que impactam na qualidade de vida e adesão ao tratamento (KAPLAN & SADOCK, 2017).

Somatização em evidência

A psicossomatização pode levar ao aparecimento de sintomas somáticos, um exemplo é a hipocondria, caracterizada por uma pessoa com errônea interpretação de sintomas corporais e constante preocupação, imaginando se tem/terá doença grave, que acarretará em um doente com transtorno aumentado e amplificado de suas sensações somáticas, demonstrando baixos limiares e baixa tolerância ao desconforto físico. Estima-se que o transtorno somático é uma variação de outros transtornos mentais, entre eles os depressivos e ansiosos (KAPLAN & SADOCK, 2017).

Dentre outros transtornos somáticos também há, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (DSM-V), os transtornos de ansiedade de doença, transtorno conversivo, fatores psicológicos que afetam outras condições

médicas, transtorno factício, outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado específico e transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado não específico. Todos possuem como similaridade a exacerbação de sintomas somáticos associados a sofrimento e prejuízos tendo como diagnóstico principal sinais e sintomas positivos (sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta).

Vale ressaltar ainda que esse transtorno pode ser visto como uma defesa contra algum sentimento ocasionado pelo paciente a si mesmo, como um egocentrismo exacerbado ou um sentimento de maldade, o que acarretará uma dor e sofrimento como forma de redenção e até mesmo punição merecida por sua pecaminosidade (KAPLAN & SADOCK, 2017).

Indivíduos com transtorno de sintomas somáticos tendem a manifestar níveis muito elevados de preocupação a respeito de doenças (Critério B). Eles avaliam seus sintomas corporais como indevidamente ameaçadores, nocivos ou problemáticos e com frequência pensam o pior a respeito da própria saúde. Mesmo quando há evidência do contrário, alguns pacientes ainda temem a gravidade médica de seus sintomas. No transtorno de sintomas somáticos grave, as preocupações acerca da saúde podem assumir um papel central na vida do indivíduo, tornando-se um traço da sua identidade e dominando as relações interpessoais (APA, 2014).

É necessário levar em consideração fatores de riscos que possam exacerbar ou desencadear esse transtorno, sendo listados pelo DSM-V três aspectos, sendo eles temperamentais (traço de personalidade

afetiva negativa), ambientais (baixa escolaridades e nível socioeconômico, além de eventos estressantes ao longo da vida) e os modificadores de curso (aspectos demográficos, trauma sexual, doença psíquica crônica ou transtorno concomitante, estresse social, sensibilidade a dor e uma possível atenção elevada a sensações corporais).

Deve-se considerar a necessidade de uma avaliação global (clínica, psiquiátrica e psicossocial) no início do tratamento, a fim de orientar os procedimentos. O médico não especialista tem função essencial nesse campo, haja vista a resistência dos pacientes com o seguimento psiquiátrico. A relação médico-paciente torna-se essencial em muitos casos e é necessário discernimento para evitar múltiplos encaminhamentos e exames desnecessários (PARAVENTI & CHAVES, 2016).

Desse modo, o tratamento não é unidirecional, mas sim com uma abordagem eclética que estabeleça uma aliança terapêutica consistente com o paciente, uma educação sobre as manifestações do transtorno e fornecimento de reafirmação substancial (OLIVEIRA & BENETTI, 2015). Além disso, pode haver a intervenção psicossocial e também a recomendação para utilização de psicotrópicos. Sendo levado em consideração para uso de psicofármacos a história da doença, o direcionamento para sintomas ativos do paciente, os possíveis efeitos colaterais, interações medicamentosas, possíveis problemas hepáticos e metabólicos (KAPLAN & SADOCK, 2017).

O prognóstico não apresenta grandes resultados, cerca de um terço a metade de todos os pacientes acabam apresentando melhora, principalmente crianças, as quais se recuperam próximo a adolescência ou a idade adulta (KAPLAN & SADOCK, 2017).

Entretanto é de extrema importância manter os pacientes que lidam com transtornos somatizadores longe de hospitais e condições iatrogênicas, já que estão expostos há uma condição clínica de constantes demandas e tensões ocasionadas pelo próprio paciente (PARAVENTI & CHAVES, 2016). O transtorno está associado a comprometimento marcante do estado de saúde. Muitas pessoas com transtorno de sintomas somáticos grave tendem a ter pontuações de estado de saúde comprometido mais de dois desvios-padrão abaixo do padrão da população (DSM – V).

Embora a medicina moderna busque a objetividade na detecção das doenças, a investigação de fatores subjetivos se faz necessária para uma cura real. O saber da psicossomática visa ampliar e reconhecer recursos diagnósticos e terapêuticos da medicina ocidental. A busca de novos horizontes e olhar alternativo, com ética e profissionalismo, além do real interesse pelo paciente são fundamentais nesta abordagem. É possível compreender que os profissionais devem buscar um novo modelo conceitual, que empregue a investigação e o entendimento do homem enquanto ser influenciado por diversos vetores para a integração de corpo e mente associados aos

fenômenos do processo de saúde e doença (REIS & GODINHO, 2018).

CONCLUSÃO

A Psicossomática busca um entendimento da relação mente-corpo e dos processos de adoecimento. Ela parte da observação de distúrbios físicos nos quais os processos emocionais desempenham certo papel, ou de situações clínicas nas quais uma perturbação psicológica aumenta o risco de desenvolver ou agravar determinada doença física (CAPITÃO & CARVALHO, 2006).

Ressalta-se, ainda, que a psicossomatização torna-se cada vez mais um fator relevante para o atendimento médico e, principalmente, um fenômeno que influencia na vida do ser humano. Desse modo, compreende-se a evolução natural da psicossomatização e, a partir disso, analisar cada indivíduo de forma única e integral. Para tanto, é essencial que a questão da psicossomática seja melhor explorada em estudos científicos, de modo que esta seja mais evidenciada nos consultórios médicos e consequentemente, tratada com maior grau de seriedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V.L.P. & LIMA, D.D. Percepção e Enfrentamento do Psicossomático na Relação Médico-Paciente. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, e323225, 2016.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª ed. [S. l.]: Artmed editora s.a., 2014. 992 p.

BRANDÃO, J.S. Mitologia Grega, 4ª ed., v. 1-2. Rio de Janeiro: Vozes, 1988.

CAPITÃO, C.G. & CARVALHO, É.B. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. *Psic: Revista da Vetor Editora*, v. 7, p. 21, 2006.

CARDOSO, N.M.P. Doença Oncológica e Alexitimia. Contributo Pessoal. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra. 1995.

CRUZ, M.Z. & PEREIRA JÚNIOR, A. Corpo, mente e emoções: referenciais teóricos da psicossomática. *Revista Simbio-Logias* v. 4, p. 46, 2011.

KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11ª ed. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 2017.

MELLO FILHO, J. *et al.* Psicossomática hoje. 2. ed. Porto Alegre : Artmed, 2010. 611 p.

OLIVEIRA, N.H. & BENETTI, S.P.C. Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 67, p. 125, 2015.

PARAVENTI, F. & CHAVES, A.C. Manual de Psiquiatria Clínica. Grupo Gen - Editora Roca Ltda., 2016. 300 p.

REIS, K.S. & GODINHO, L.B.R. “Psicossomática: uma visão holística do homem.”. *Revista Cippus*, v. 6, p. 1, 2018.

CAPÍTULO 12

ANOREXIA E BULIMIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Palavras-chave: Transtornos Alimentares; Pediatria; Psiquiatria

ANNA CECÍLIA SILVEIRA RISSI¹
GUSTAVO MARTINS FIORAVANTE PINTO²
HANNAH BRYSKIER GLEITZMANN³
STEPHANIE PASCOAL MIRANDA MARTINS¹
VANESSA DO ROSARIO COSTA MENDES³

1. Residente de Pediatria no HMJ - RJ.

2. Residente de Psiquiatria na Pax Instituto de Psiquiatria - GO.

3. Pediatra.



INTRODUÇÃO

Transtornos alimentares (TAs) são definidos segundo a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) como um grupo de doenças marcadas por graves distúrbios de comportamentos alimentares, sendo o uso de técnicas inadequadas de controle de peso uma característica chave de TAs. O DSM-5 reconhece anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno de compulsão alimentar periódica e outros transtornos alimentares especificados/não especificados como transtornos distintos dentro deste grupo (LIMBERS *et al.*, 2018).

Embora existam outros TAs, o objetivo deste capítulo foi abordar, a partir de uma revisão de literatura, a BN e a AN, desde suas definições, epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico, características clínicas e tratamento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, não sistemática, da literatura em língua portuguesa e inglesa. As bases de dados utilizadas foram: biblioteca virtual eletrônica, bancos de dados informatizados (SciELO, LANCET e PubMed) e o livro texto Berkowitz's Pediatrics (2014). Os descritores que nortearam a busca dos dados foram: “transtornos alimentares”, “anorexia nervosa” e “bulimia nervosa”. Foram avaliados artigos recentes foram utilizados para conceitos específicos e atuais, assim como os artigos antigos para apontar um breve contexto histórico.

DEFINIÇÕES

"Anorexia" é uma palavra que remete à ausência de orexis, ou seja, apetite. A AN se

caracteriza, portanto, pela recusa à alimentação associada a alterações na percepção subjetiva da forma e peso corporais, levando a uma preocupação desnecessária com a possibilidade de ganho ponderal (SCHMIDT & MATA, 2008). Esta morbidade é marcada também por comportamentos voltados para o controle do peso, como abuso de drogas laxativas, anfetaminas, vômitos induzidos e exercícios físicos exagerados (CORDÁS, 1994).

Atualmente, a BN é definida por episódios recorrentes de compulsão alimentar (atos repetidos e intensos do ato de comer), seguidos de comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o ganho de peso, como a purgação (vômito autoinduzido, abuso de pílulas dietéticas e/ou de laxantes) e, também, comportamentos de restrição e exercícios físicos excessivos (SACCO & KELLEY, 2018).

Há relatos antigos feitos por médicos gregos que se assemelham à BN, como é o caso dos fenômenos clínicos da fome extrema ou insuportável (*mugna fumes* ou *fome bovine*), datados do século IV a.C., da alimentação ininterrupta dia e noite do século I a.C. e do apetite intenso referido como bolismos nos séculos I a II (ZIOLKO, 1996).

EPIDEMIOLOGIA

Os TAs foram relatados como a terceira condição crônica mais comum entre os adolescentes, precedidos apenas pela obesidade e pela asma (HERPERTZ-DAHLMANN, 2015). A prevalência é mais elevada em mulheres (numa proporção em torno de 3:1 para homens) e em profissionais que trabalham com a imagem, como modelos e bailarinos (KAPLAN & SADOCK, 2017).

As taxas de prevalência de AN são comparáveis entre os diferentes países da América Latina e significativamente mais baixas em comparação com amostras europeias ou norte-americanas (KOLAR *et al.*, 2016). Já os estudos de prevalência de BN demonstraram as taxas mais altas na população hispânica/latina (2%) seguidas pela população afro-americanos e, as taxas mais baixas, nos brancos não-latinos (0,51%) (SMINK *et al.*, 2012).

ETIOLOGIA

A etiologia exata é desconhecida, porém, a literatura aponta características biológicas, psicológicas, familiares e socioculturais como fatores que interagem na determinação ou predisposição dos TAs (DARE, 1985).

FATORES DE RISCO

São considerados fatores de risco: violência e/ou trauma na infância, como abuso sexual, verbal e/ou físico (UTZINGER *et al.*, 2016), imersão em culturas que supervalorizam a estética e a magreza (BATISTA *et al.*, 2018).

Estudos atuais sugerem um papel importante dos hormônios no aumento da herdabilidade dos transtornos alimentares na puberdade e da menarca em idade precoce como fatores de risco para o desenvolvimento de AN (BATISTA *et al.*, 2018). Ademais, ambientes familiares rígidos, superprotetores, com pouca motivação para mudanças também surgem como característicos e se repetem entre pacientes com AN e BN (DARE, 1985).

COMORBIDADES

Altos índices de comorbidades, inclusive psiquiátricas, são encontradas entre pacientes com TAs (SWANSON *et al.*, 2011).

Outros transtornos psiquiátricos comórbidos estão frequentemente presentes no momento do diagnóstico de AN e BN, ou podem ser desenvolvidos durante seu curso (KESKI-RAHKONEN & MUSTELIN, 2016). O transtorno de personalidade mais frequente associado à ambas é o do tipo borderline (UTZINGER *et al.*, 2016).

Os indivíduos acometidos pelos TAs são comumente frustrados, insatisfeitos, raivosos e se sentem incapazes de condenar suas condutas (DARE, 1985). Além disso, são propensos a apresentar baixa autoestima, ansiedade social, risco de depressão e de comportamentos autolesivos, como o abuso de substâncias psicotrópicas (como álcool e estimulantes) e, até mesmo, o suicídio, culminando com um importante prejuízo na qualidade de vida (KESKI-RAHKONEN & MUSTELIN, 2016).

DIAGNÓSTICO E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

No quadro de AN inclui-se a ocorrência de grande preocupação com a perda de peso e com a forma física. Os pacientes costumam sentir-se gordos ou desproporcionais, distorcendo sua imagem corporal. Além das alterações alimentares como dietas e períodos de jejum, alguns praticam exercícios físicos em excesso, usam medicações laxativas, diuréticos e/ou inibidores de apetite (SCIVOLETTO *et al.*, 1997).

O peso, na maioria das vezes, encontra-se diminuído em 15% ou mais em relação ao limite inferior esperado para a idade e altura (SCIVOLETTO *et al.*, 1997).

A presença de amenorreia em pelo menos três ciclos menstruais consecutivos é outro fator relevante (SCIVOLETTO *et al.*, 1997). Os adolescentes tendem a atingir estágios mais graves de forma precoce. Eles atingem graus de edema mais elevados devido à desnutrição, comparativamente com indivíduos mais velhos. Já, nos pacientes adultos, é mais frequente o abuso de laxantes e a compulsividade (IRWIN, 1984).

O médico determina se um paciente atingiu um peso baixo levando em consideração a idade, sexo, histórico de peso e função médica do indivíduo. Não há um critério de duração específico para o diagnóstico de AN nem um limite universalmente aceito para definir o baixo peso (KELL, 2017). Os critérios diagnósticos para AN estabelecidos pelo DSM-5 estão presentes no Quadro 12.1.

A CID-10-MC (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998) classifica a gravidade da AN da seguinte maneira:

- **(F50.1) Tipo restritivo:** durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Este subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conquistada essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.
- **(F50.2) Compulsão alimentar purgativa:** nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas) (KAPLAN & SADOCK, 2017).

Os critérios diagnósticos para BN estabelecidos pelo DSM-5 estão presentes no Quadro 12.2 a seguir.

Quadro 12.1. Anorexia

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- A. Restrição da ingestão calórica necessária, levando a um peso corporal desproporcional ao contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. O peso significativamente baixo é definido como aquele inferior ao peso mínimo ideal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor que o minimamente esperado;
- B. Medo intenso de engordar ou comportamento persistente que interfira no ganho de peso, mesmo com peso significativamente baixo;
- C. Perturbação causada pela vivência no próprio corpo, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal (KAPLAN & SADOCK, 2017).

ESPECIFICADORES

- **Em remissão parcial:** se após preenchidos todos os critérios para anorexia nervosa, o critério A não for mais satisfeito por um período sustentado, porém o critério B ou o critério C ainda está presente.
- **Em remissão completa:** Depois de preenchidos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, nenhum dos critérios for mais satisfeito por um período sustentado.

GRAVIDADE

O nível mínimo de gravidade baseia-se, em adultos, no índice de massa corpórea (IMC) atual ou, para crianças e adolescentes, no percentual do IMC. Os intervalos mostrados abaixo são derivados das categorias da Organização Mundial da Saúde para baixo peso em adultos; para crianças e adolescentes, devem ser usados os percentuais correspondentes do IMC. O nível de gravidade pode ser elevado de maneira a refletir sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão.

- **Leve:** IMC ≥ 17 kg/m²
- **Moderada:** IMC 16-16,99 kg/m²
- **Grave:** IMC 15-15,99 kg/m²
- **Extrema:** IMC < 15 kg/m²

É importante ressaltar que pacientes com TAs raramente procuram assistência por conta própria e, portanto, sua apresentação inicial pode variar conforme a duração e

Quadro 12.2. Bulimia

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e quanto está ingerindo).
- B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum ou exercício em excesso.
- C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.
- D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais.
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

ESPECIFICADORES

- **Em remissão parcial:** Depois de previamente preenchidos todos os critérios para bulimia nervosa, alguns, mas não todos, foram preenchidos por um período de tempo sustentado.
- **Em remissão completa:** Depois de previamente preenchidos todos os critérios para bulimia nervosa, nenhum dos critérios foi preenchido por um período de tempo sustentado.

GRAVIDADE

O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência dos comportamentos compensatórios (ver a seguir). O nível de gravidade pode ser elevado, de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

- **Leve:** Média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana;
- **Moderada:** Média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana;
- **Grave:** Média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana;
- **Extrema:** Média de 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

gravidade do distúrbio. No primeiro momento, as queixas mais comuns são perda de peso, episódios de fadiga e/ou síncope (BERKOWITZ, 2014).

O profissional de saúde deve estar atento aos desvios na curva de crescimento normal, além de atrasos na puberdade. Adolescentes podem apresentar amenorreia primária ou secundária. Tais sinais devem suscitar uma investigação cuidadosa incluindo desordens alimentares como hipóteses diagnósticas (BERKOWITZ, 2014).

TRATAMENTO

O tratamento para TAs na infância e adolescência ainda carece de estudos sistemáticos a fim de que evidências mais robustas sejam construídas. A literatura existente sobre o assunto coloca em destaque a psicoterapia e, em segundo plano, o uso de psicofármacos. O tratamento da AN envolve equipe multidisciplinar, sendo recomendado um plano de tratamento abrangente, incluindo hospitalização, quando necessário, e terapia individual e familiar. Para tal são utilizadas abordagens comportamentais, interpessoais e cognitivas. Psicofármacos são empregados na prática clínica, apesar da escassez de evidências que embasem seu uso (KAPLAN & SADOCK, 2017).

O principal objetivo a curto prazo do tratamento da AN é o ganho de peso. Tal meta em geral não é facilmente alcançada, já que o distorção da imagem é um aspecto central do transtorno. Tal distorção da imagem é tamanha que, mesmo frente a um grave prejuízo nutricional, o paciente não possui senso crítico quanto ao seu adoecer e não enxerga a internação como algo

necessário. Os quadros agudos, com risco de vida, surpreendem muitos familiares, que encaram inicialmente a doença como uma "forma de chamar atenção", ou mera futilidade para aderir a padrões estéticos. São estes mesmos familiares que precisam tomar a decisão de procurar os serviços especializados (MOREIRA & OLIVEIRA, 2008).

O sucesso do tratamento é promovido pela habilidade dos membros da equipe de manter uma abordagem firme, mas apoiadora e frequente, dos pacientes (KAPLAN & SADOCK, 2017). A resistência ao tratamento tende a permanecer mesmo em regime de internação, manifestando-se de formas como a recusa à ingestão da quantidade de alimentos prescrita pela equipe de nutrição, "truques" para manipular a pesagem e remoção da sonda nasoenteral (quando submetidos a tal). Buscam ainda se exercitar em segredo, manter o uso de laxantes e diuréticos, provocar vômitos, entre outras estratégias (MOREIRA & OLIVEIRA, 2008).

Os princípios da terapia cognitivo-comportamental podem ser aplicados tanto no contexto hospitalar quanto no ambulatorial e se revelaram eficazes para indução do ganho de peso nos pacientes com AN e BN, entretanto a psicoterapia individual é a mais indicada. Programas que incluem psicoterapia em grupo podem ser ineficazes durante a fase aguda, por serem capazes de aguçar a competitividade pela perda de peso (ASSUMPÇÃO & CABRAL, 2002). É de suma importância o apoio e a participação familiar para o sucesso do tratamento. Uma análise familiar deve ser realizada em todos os casos de pacientes com TAs que morem com suas famílias, e usada como base para um julgamento clínico sobre o tipo de terapia ou aconselhamento familiar recomendado (KAPLAN & SADOCK, 2017).

A avaliação inicial do paciente com BN envolve, além do exame psíquico, uma análise clínica cuidadosa. Em comparação com pacientes diagnosticados com AN, aqueles com BN geralmente não possuem um comprometimento clínico tão acentuado. Entretanto, distúrbios metabólicos, hidroeletrólíticos, carências nutricionais específicas e lesões orgânicas devem ser atentamente descartados. Por vezes, o manejo inicial do paciente com BN deve ser realizado em regime de internação, em hospital geral e com apoio multidisciplinar (HAIL & LE GRANGE, 2018).

Os estudos até hoje conduzidos sobre o uso de psicofármacos na BN e AN se limitam à faixa etária adulta e adolescente. Em geral, são utilizados medicamentos antidepressivos, em especial os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Teoricamente, todos os ISRS seriam potencialmente úteis no tratamento de ambas. Entretanto, apenas a Fluoxetina (60 mg/dia) é regulamentada pela FDA para este fim (em adultos). Um estudo aberto, conduzido com adolescentes do sexo feminino, entre 12 e 18 anos, com diagnóstico de BN ou TA sem outra especificação, encontrou resultados semelhantes aos da população adulta. Os episódios de *binge* reduziram em 67% e os episódios purgativos em 56%, com boa tolerabilidade (KOTLER *et al.*, 2003).

Outros antidepressivos, como Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ditos duais) e Antidepressivos Tricíclicos, além de fármacos neurolépticos e Topiramato, também são utilizados na prática clínica como tratamento da BN (ROSEN *et al.*, 2010). Cabe ressaltar que não foram realizados, até o momento, ensaios clínicos randomizados comparativos ao placebo envolvendo crianças e adolescentes, com quaisquer classes de psicofármacos no tratamento de transtornos alimentares.

CONCLUSÃO

Crianças e adolescentes não estão alheios ao desenvolvimento de transtornos alimentares. Entretanto, tais morbidades são pouco investigadas e, quando identificadas, são negligenciadas. O diagnóstico de AN e BN é eminentemente clínico e deve ser aventado por pediatras, psiquiatras e,

sobretudo, profissionais da atenção primária à saúde. A detecção precoce é fator fundamental para um bom prognóstico. Apesar da inexistência, até o momento, de estudos com bom desenho metodológico envolvendo a faixa etária infantil, a psicoterapia associada ao uso de antidepressivos parece ser a pedra angular no tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. APA Press: Washington, DC. 2013. 992 p.

ASSUMPCÃO, C.L. & CABRAL, M. Complicações clínicas da anorexia. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 24, p. 29, 2002.

BATISTA, M. *et al.* Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents. Acta Clinica Croatica, v. 57, p. 399, 2018.

BERKOWITZ, C.D. Berkowitz's Pediatrics, 5th ed. 2014. p. 899-906.

BULIK, C.M. Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. Journal of Psychiatry & Neuroscience v. 30, p. 335, 2005.

CORDÁS, T.N.A. Anorexia nervosa. Psiquiatria da infância e adolescência, 1994. p. 283-90

DARE, C. The family therapy of anorexia nervosa. Journal of Psychiatric Research v. 19. p. 435, 1985.

HAIL, L. & LE GRANGE, D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, v. 9, p. 11, 2008.

HERPERTZ-DAHLMANN, B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, v. 24, p. 177, 2015.

IRWIN, M. Early onset of anorexia nervosa. Southern Medical Journal. v. 77, p. 611, 1984.

KESKI-RAHKONEN, A. & MUSTELIN, L. Epidemiology of eating disorders in Europe. Current Opinion in Psychiatry, v. 29, p. 340, 2016.

KOLAR, D.R. *et al.* Epidemiology of eating disorders in Latin America. Current Opinion in Psychiatry. v. 29, p. 363, 2016.

KOTLER, L.A. An open trial of fluoxetine for adolescents with bulimia nervosa. Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology. v. 13, p. 329, 2004.

LIMBERS, C.A. *et al.* Eating disorders in adolescent and young adult males: prevalence, diagnosis, and

treatment strategies. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. v. 9, p.111, 2018.

MOREIRA, L. & OLIVEIRA, I. Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa. Jornal Brasileiro de Psiquiatria v. 57, p. 161, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. 1998.

ROSEN, D.S. Clinical Report—Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. Pediatrics. v. 126, p. 1240, 2010.

SACCO, B. & KELLEY, U. Diagnosis and Evaluation of Eating Disorders in the Pediatric Patient. Pediatric Annals, v. 47, p. 244, 2018.

SADOCK, B. *et al.* Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto alegre: Artmed, 2017. p. 509-517.

SCHMIDT, E. & MATA, G.F. Anorexia nervosa: uma revisão. Fractal, Revista de Psicologia, v. 20, p. 387, 2008.

SCIVOLETTO, S. *et al.* Anorexia nervosa e bulimia na adolescência: diagnóstico e formas de tratamento. Manual de Medicina da Adolescência. 1ª ed. Health; 1997. p.41-67.

SMINK, F.R.E. *et al.* Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Current Psychiatry Reports. v. 14, p. 406, 2012.

SWANSON, S.A. *et al.* Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. Arch Gen Psychiatry. v. 68, p. 714, 2011.

UTZINGER, L. *et al.* A latent profile analysis of childhood trauma in women with bulimia nervosa: associations with borderline personality disorder psychopathology. International Journal of Eating Disorders, v. 49, p. 689, 2016.

ZIOLKO, H.U. Bulimia: A historical outline. International Journal of Eating Disorders, v. 20, p. 345, 1996.

CAPÍTULO 13

TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DE HUMOR NA EPILEPSIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Palavras-chave: Bipolaridade; Depressão; Epilepsia; Psicose

GILDEAN PEREIRA COSTA¹
INGRID SILVA MEDEIROS¹
JOÃO PEDRO OLIVEIRA DA SILVA¹
LÍDIA SOUZA ARAÚJO¹



INTRODUÇÃO

A epilepsia configura uma doença cerebral caracterizada por uma predisposição duradoura a crises epiléticas e pelas consequências neurobiológicas, sociais, cognitivas e psicológicas desta condição (ABE, 2005). É uma das patologias neurológicas mais comuns em contexto global, atingindo mais de 50 milhões de pessoas sem restrição de idade (WHO, 2019). Essa condição enfrentou grande resistência por muitos anos, uma vez que, por não existir explicação adequada para sua origem, foi associada a eventos sobrenaturais (MARTINS, 2017). Atualmente, apesar de já haver explicações para a doença, o estigma que a envolve é indiscutível.

Tal intercorrência é de fato preocupante, pois a epilepsia não apenas é bastante disseminada entre a população, mas também responsável por um aumento de cerca de três vezes na chance de morte prematura do indivíduo (OPAS, 2019). Além disso, a epilepsia está relacionada a ataques convulsivos que podem levar o paciente ao óbito por causas unicamente fisiológicas ou com interferências externas, como engasgar-se com saliva ou bater a cabeça, por exemplo (ADAMOLEKUN, 2018).

Tudo isso, no entanto, torna-se ainda mais complicado ao se associar a um distúrbio mental. Os transtornos mentais são caracterizados por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais, que podem afetar as relações interpessoais. É fato que essas patologias estão cada vez mais presentes na sociedade, afligindo mais de 50% da população das capitais brasileiras, em média (GONÇALVES *et al.*, 2014) e são responsáveis por acarretar outras

complicações patológicas, além de provocar mudanças nos padrões de comportamento do indivíduo.

Comparada à população em geral, a epilepsia está associada a um aumento significativo de distúrbios psiquiátricos (DPs) (TELLEZ-ZENTENO *et al.*, 2007). Quando associadas à epilepsia, podem diminuir a qualidade de vida do paciente e aumentar o afastamento social devido à estigmatização das doenças (MARTINS, 2017). Tal evento tende a diminuir a procura por assistência, deixando muitos epiléticos sem tratamento específico (WHO, 2019).

Serão abordados neste trabalho os transtornos de humor e psicóticos relacionados à epilepsia, sendo que os transtornos de humor abrangem a depressão e o transtorno bipolar. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão configura um distúrbio mental caracterizado por tristeza perdurável e desinteresse ou desgosto em atividades que costumam ser prazerosas, juntamente com perda da capacidade de realizar atividades diárias, durante pelo menos uma ou duas semanas. A bipolaridade consiste em episódios de mania (caracterizados por irritabilidade, excesso de atividade, entre outros) e depressão separados por períodos de humor normal. A psicose, por sua vez, caracteriza-se por distorções emocionais, no pensamento, percepção, linguagem, autoconsciência e comportamento, podendo haver presença de alucinações e delírios.

Tendo em vista o que foi abordado, é excepcional discutir sobre a relação existente entre essas patologias a fim de facilitar o atendimento médico e a assistência de outros profissionais da saúde, bem como familiares, de modo a promover uma melhor prevenção da evolução da doença. Assim, evita-se tanto

a complicação da situação do paciente já acometido pela epilepsia como esforços extras do sistema de saúde. Ademais, essas ações são imprescindíveis para promover uma melhor condição de vida ao paciente, diminuindo interferências (como a incapacidade) em sua vida pessoal e profissional.

O presente trabalho objetiva resumir sistematicamente os principais aspectos na relação entre epilepsia e os transtornos psicóticos e de humor, de modo a evidenciar as características clínicas e epidemiológicas, abordar os mecanismos patofisiológicos presentes na relação supracitada, investigar a influência do tratamento epilético nos transtornos mentais em questão e expor o problema como questão de saúde pública, demonstrando subdiagnóstico e subtratamento dessa condição.

MÉTODO

Este capítulo foi elaborado por meio de uma revisão sistemática de literatura, caracterizada por seguir uma metodologia explícita e de possível reprodução. Tal revisão foi norteada pelo seguinte questionamento: qual a relação entre epilepsia, transtornos de humor e transtornos psicóticos? Definiu-se como objetivo para responder esta pergunta a descrição dos aspectos epidemiológicos dos transtornos e a determinação de seus mecanismos fisiopatológicos.

A partir disso, foram selecionados e analisados artigos originais publicados entre janeiro de 2005 e dezembro de 2020 em periódicos indexados nas bases SciELO, PubMed, Scopus, LILACS e SpringerLink. A escolha dos artigos baseou-se na leitura crítica do título, resumo e da metodologia dos trabalhos pesquisados. A pesquisa foi realizada entre os meses de junho e julho de

2020. Na busca foram utilizados os seguintes descritores indexados no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde – Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e controlados na língua inglesa: “*epilepsy*”, “*mental disorders*”, “*mood disorders*”, “*depression*” e “*psychotic disorders*”, combinados com os operadores booleanos “AND” e “OR” na busca avançada.

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos publicados nos idiomas inglês e português com textos completos que relacionassem epilepsia e transtornos de humor ou psicóticos. Deu-se destaque àqueles de maior relevância científica, estando de acordo com a questão norteadora. Como critérios de exclusão foram desconsiderados editoriais, resenhas, monografias, dissertações, teses, artigos de revisão e outros estudos complementares. Foram retirados também artigos duplicados, estudos com animais e trabalhos que não abordavam transtornos de depressão, bipolaridade ou psicose.

A categorização dos resultados foi realizada a partir da montagem de uma tabela composta pelas seguintes informações: base de dados, autores, ano de publicação, título do artigo, título do periódico e o motivo da seleção ou exclusão apresentados em forma textual. Ao analisar somente o título e o resumo, foram selecionadas 605 publicações, das quais 469 foram excluídas após leitura minuciosa por descumprirem algum dos critérios estabelecidos. Dessa forma, restaram 136 publicações que serviram de objetos de análise, interpretação e discussão dos resultados.

Por fim realizou-se a apresentação da síntese do conhecimento, investigando o nível de evidência na relação existente entre epilepsia, transtornos de humor e transtornos psicóticos para a elaboração da revisão. Por se

tratar de uma revisão sistemática em bases de dados de domínio público, não foi necessária apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa. Todas as produções utilizadas neste trabalho estão devidamente referenciadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia dos transtornos mentais na epilepsia

Dentre os 136 artigos selecionados, encontraram-se dados epidemiológicos acerca dos distúrbios em questão, os quais indicam que os transtornos de humor são os mais comuns na epilepsia (prevalência entre 23,7% e 49,3%), com destaque para depressão (7,4%-51%). A bipolaridade apresenta prevalência entre 1,4% e 14,7% e a psicose, 1,2% a 11,6% (Tabela 13.1). Observou-se ainda maior prevalência de distúrbios psiquiátricos em pacientes com epilepsia (PCE) do lobo temporal do lado direito, ainda que poucos estudos relatem ausência de relação entre esses distúrbios e sítio do foco epiléptico.

Tabela 13.1. Prevalência de transtornos psiquiátricos em (PCE)

Transtorno psiquiátrico	Prevalência em PCE (%)
Depressão	7,4 - 51
Bipolaridade	1,4 - 14,7
Psicose	1,2 - 11,6

Fonte: MEDEIROS *et al.*, 2021.

Quando avaliadas as variáveis depressão e epilepsia, observa-se que é mais frequente indivíduos desenvolverem depressão quando já possuem diagnóstico de epilepsia mas, em contrapartida, o risco

aumenta para aqueles pacientes que já possuem diagnóstico de depressão e desenvolveram quadro de epilepsia posteriormente (SALPEKAR, 2017), evidenciando uma forte relação entre essas patologias.

Indivíduos com epilepsia apresentaram uma chance 5,5 vezes maior de desenvolverem um transtorno psicótico amplamente definido e um aumento de 6,3 vezes no risco de cursarem com transtorno bipolar (CLARKE *et al.*, 2012).

Depressão na epilepsia

A depressão foi o transtorno mais prevalente em pacientes com epilepsia, e foi associada ao estresse, suporte social, autoeficácia, ocupação, estado civil e resultou em maiores níveis de comorbidades físicas e privação (LEE *et al.*, 2010). A escolaridade foi importante fator de risco aumentado para depressão na epilepsia (LEE *et al.*, 2010; STEFANELLO *et al.*, 2011).

Os sintomas depressivos foram significativamente maiores em indivíduos epiléticos que eram divorciados ou viúvos (em comparação com casados), desempregados e que possuíam renda menor que R\$30,000 por ano (REISINGER & DIORIO, 2009; MENSAH *et al.*, 2006). Ademais, variáveis relacionadas a crises convulsivas (convulsões mais severas e que levavam a maior restrição nas atividades diárias) e presença de outras comorbidades também resultaram em maiores sintomas depressivos (REISINGER & DIORIO, 2009; THOMPSON *et al.*, 2009; TEDRUS *et al.*, 2012).

Estudos realizados para ponderar a eficácia dos Programas de Educação Intensiva para Cuidadores (CIEP) avaliaram a melhora

de fatores como ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com quadro clínico de epilepsia do lobo temporal. Tais estudos apontaram que o CIEP proporcionou melhora da ansiedade, depressão e na qualidade de vida dos pacientes, no entanto, retratou menor benefício quando comparada ao tratamento desses indivíduos (WANG *et al.*, 2020). Uma das explicações possíveis para esse resultado deve-se principalmente à formação dada aos cuidadores pelo CIEP, realizada de forma intensiva, profissional e abrangente em relação ao atendimento habitual, tornando-os mais capacitados para manejo dos transtornos psiquiátricos (WANG *et al.*, 2020).

Bipolaridade na epilepsia

Sintomas bipolares são frequentes e estão associados principalmente às crises epiléticas, como transtorno disfórico (que corresponde a episódios de mania marcados também por ansiedade, depressão ou raiva) interictal, estados pós-ictais maníacos ou hipomaníacos e disforia pré-ictal (MULA *et al.*, 2008).

A interrelação entre as duas patologias se dá em especial pelo fato de ambas compartilharem mecanismos fisiopatológicos, como alterações no segundo mensageiro (como a proteína G, fosfatidilinositol, proteína quinase C) e na atividade do cálcio juntamente com mudanças na expressão do gene c-fos (MAZZA *et al.*, 2007).

Psicose na epilepsia

No que se refere a psicose associada à epilepsia, pesquisas indicaram que pacientes com epilepsia de lobo temporal (ELT) e

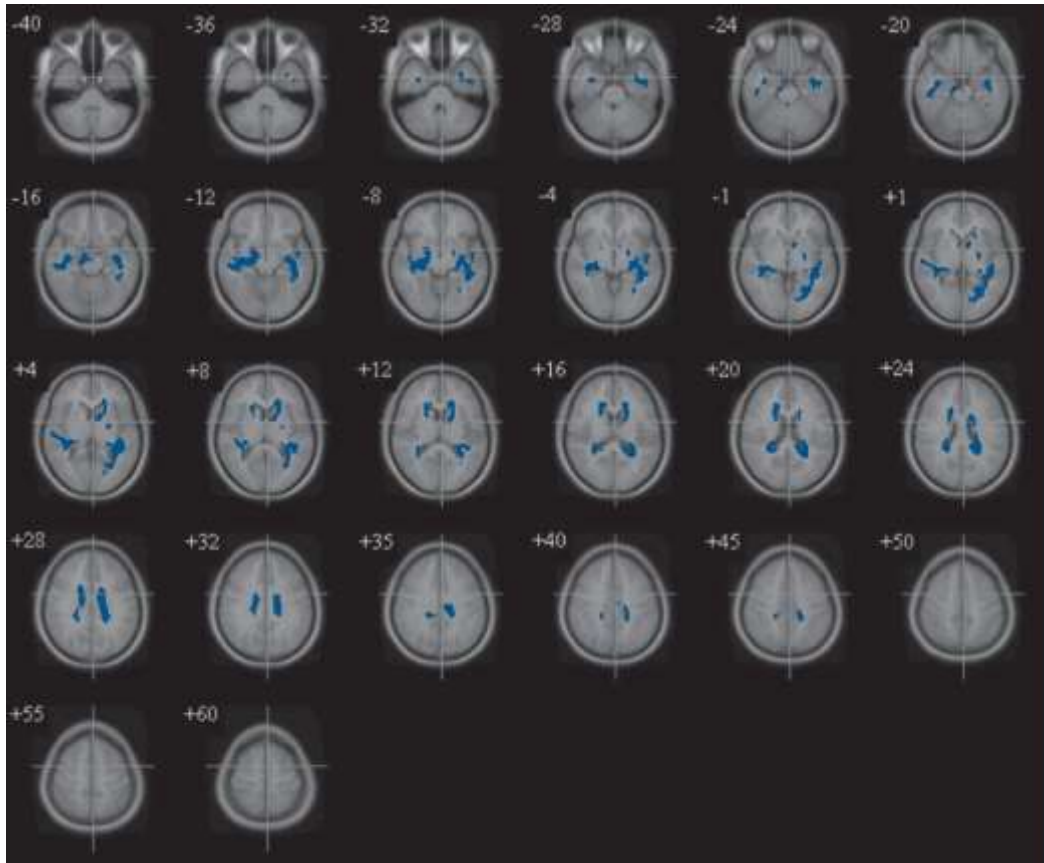
depressão e/ou psicose apresentaram mais convulsões secundárias generalizadas do que pacientes apenas com ELT (KANDRATAVICIUS *et al.*, 2012). Ademais, destaca-se que pacientes com ELT e psicose interictal apresentaram início de epilepsia mais cedo, maior status epilético e pior performance cognitiva se comparado a pacientes com ELT sem psicose (GUTIERREZ-GALVE *et al.*, 2012).

Histórico familiar de comorbidades psiquiátricas e a localização da zona epilética no lobo temporal mesial está associada à presença de psicose em indivíduos epiléticos (DALMAGRO *et al.*, 2012). Defeitos cognitivos subjacentes, como deficiência intelectual, disfunção verbal e déficit de atenção, foram apontados como fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psicóticos na epilepsia (MATSUURA *et al.*, 2005). Ainda foi encontrada uma maior presença de comportamentos violentos e de ideação suicida em indivíduos com epilepsia e psicose (TELLEZ-ZENTENO *et al.*, 2007; STEFANELLO *et al.*, 2010).

Alterações neuroanatômicas em PCE e transtornos mentais

Diversos estudos relataram alterações neuroanatômicas de pacientes com distúrbios mentais e epilepsia, se comparados à indivíduos apenas com epilepsia, como será tratado adiante. Foi observado que, em pacientes com epilepsia e depressão, há uma maior quantidade de regiões com volume de massa cinzenta cerebral reduzido em relação à pacientes que possuem apenas epilepsia, como mostrado na Figura 13.1 (SALGADO *et al.*, 2010).

Figura 13.1. Redução do volume de substância cinzenta de indivíduos com Epilepsia de Lobo Temporal Mesial (ELTM) e psicose



Legenda: secções transversais ascendentes A área azul demonstra a redução regional da substância branca em indivíduos com ELT com psicose. **Fonte:** SUNDRAM *et al.*, 2010.

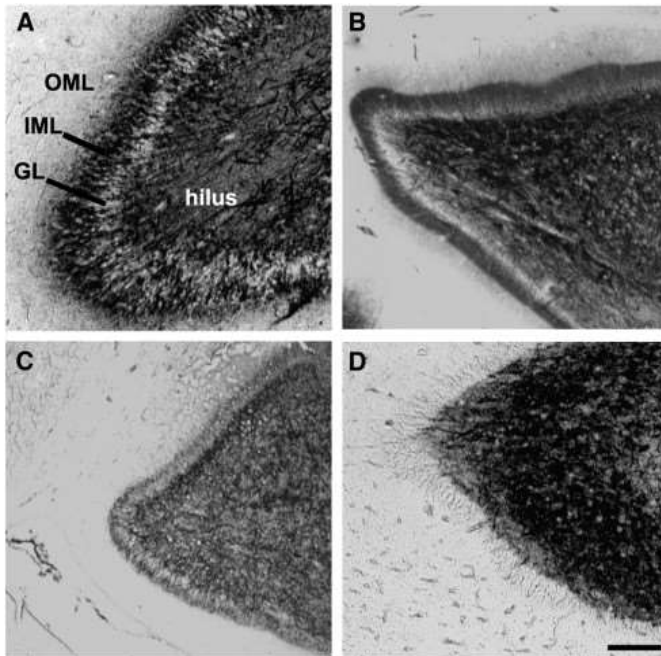
Em comparação com pessoas com epilepsia do lobo temporal, pacientes que possuem ELT e psicose interictal apresentam menor desenvolvimento de fibras musgosas e da densidade neuronal no córtex entorrinal, ao passo que os que possuem ELT e depressão maior ou unipolar possuem maior crescimento de fibras musgosas em relação aos dois grupos anteriormente citados, conforme é possível observar na Figura 13.2 (KANDRATAVICIUS *et al.*, 2012).

Em pessoas epiléticas sem tratamento prévio, encontrou-se (por exame de ressonância magnética) diminuição na rede cerebral entre sistema límbico, lobo temporal

e lobo pré-frontal, além de aumento na conectividade entre o sistema límbico e o giro angular no grupo com sintomas depressivos quando comparado aos sem sintomas depressivos (CHEN *et al.*, 2012).

Em pessoas com epilepsia e psicose, observou-se que o espessamento cortical é reduzido em comparação com epiléticos sem transtornos mentais (GUTIERREZ-GALVE *et al.*, 2012; DUBOIS *et al.*, 2011; SUNDRAM *et al.*, 2012), o que também ocorre no lado esquerdo do cérebro em pacientes com ELT do lobo direito (SHAMIM *et al.*, 2009).

Figura 13.2. Camada granular e fibras musgosas de pacientes com epilepsia associada a psicose identificadas por meio de coloração histoquímica



Legenda: (A) acentuação das fibras e camadas em ELT; (B) camada molecular interna aumentada em ELT com depressão e (C) diminuída em ELT com psicose; (D) fibras musgosas normais em não epiléticos. GL: camada granular; IML: camada molecular interna; OML: camada molecular externa.

Fonte: KANDRATAVICIUS *et al.*, 2012.

Alterações de sinalização

Alguns estudos identificaram alteração na expressão de neurotrofinas na região hipocampal de pacientes com epilepsia do lobo temporal mesial na presença de comorbidades psiquiátricas, correlacionada com epileptogênese e o aumento da frequência das crises convulsivas. Tal achado pode representar um fator determinante no estado psiquiátrico e resultado da cirurgia de epilepsia, que pode levar à remissão completa das crises em pacientes com menor expressão de determinadas neurotrofinas (KANDRATAVICIUS *et al.*, 2014).

Além disso, também existem evidências de correlação entre alterações no sistema glutamatérgico no processo

depressivo da epilepsia, especialmente nos casos de esclerose hipocampal característica da ELT associada a sintomas depressivos. O mecanismo exato não é conhecido, mas sugere-se uma menor expressão de glutamato e glutamina na região hipocampal direita nesses pacientes (PENG *et al.*, 2013).

Outros estudos demonstraram correlação positiva entre os níveis de interleucina 1 beta (IL-1 β) aumentados e a presença de depressão em pacientes com ELT em comparação com indivíduos sem ELT, se relacionando com a gravidade dos sintomas depressivos. Sabe-se o papel crucial que as citocinas inflamatórias representam para a regulação da atividade neuronal, sendo sintetizadas não apenas por células imunes mas também por neurônios e glia. Dessa forma, alterações nos níveis de IL-1 β têm uma interferência significativa na potenciação a longo prazo e no desenvolvimento de sintomas depressivos (VIEIRA *et al.*, 2015).

Problema de saúde pública

Contudo, a equipe médica ainda é negligente na utilização de escalas de rastreio rotineiro para transtornos de humor e transtornos psicóticos em PCE (KANNER *et al.*, 2010), resultando em subdiagnóstico dessas condições (24%). Grande parte dos pacientes sintomáticos e diagnosticados não recebiam tratamento (cerca de 64,7% a 81%) ou o mesmo se apresentava ineficaz na remissão de sintomas psicóticos, bipolares e depressivos (apenas 19% a 26% relataram remissão sintomática) (KANNER *et al.*, 2010; DESAI *et al.*, 2010).

Muitos médicos não alertam pacientes epiléticos sobre a possibilidade de transtornos mentais na epilepsia e a importância de buscar um profissional se

presença dos sintomas (SHNEKER *et al.*, 2009). Com isso, boa parte dos indivíduos com epilepsia e transtornos mentais, em especial depressão, não se consultam com nenhum profissional de saúde mental (FULLER-THOMSON & BRENNENSTUH, 2009).

Influência do tratamento medicamentoso e cirúrgico da epilepsia nas DPs

Observou-se melhora na depressão com o uso de determinados medicamentos. O levetiracetam foi associado a melhoras na depressão e na ansiedade em pacientes adultos com crises parciais (MAZZA *et al.*, 2008). Já o uso de lamotrigina na terapia antiepiléptica resultou em menores índices de depressão (FAKHOURY *et al.*, 2008; THOMPSON *et al.*, 2009; KATO *et al.*, 2011). Além disso, o topiramato foi relacionado à depressão e psicose (MACHADO *et al.*, 2011; DIAS *et al.*, 2007).

Dados relacionados ao foco epiléptico mostraram modificações da conectividade do córtex, afetando áreas neurológicas conectadas e, por consequência, tornando a conectividade neural dos pacientes com epilepsia mais baixas. A esse cenário, pesquisas acerca do eslicarbazepina apresentaram significativo aumento da conectividade neural desses indivíduos, se aproximando de pacientes saudáveis (PELLEGRINO, 2018).

Quanto ao tratamento cirúrgico, embora ainda ocorra uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos pós-cirúrgicos, foi observada uma melhora dos transtornos de humor e da frequência de crises epiléticas, fatores que impactaram em uma percepção de mudança positiva na vida destes pacientes (SALGADO & CENDES, 2009).

Segundo estudos, uma intervenção neurocirúrgica pode trazer melhorias das convulsões em pacientes pediátricos com epilepsia resistentes a medicamentos. Em ensaio clínico randomizado e controlado, o tratamento cirúrgico após 1 ano mostrou resultados consideravelmente melhores no controle das crises quando comparado com a continuação da terapia médica isolada. No âmbito dos efeitos adversos graves, a cirurgia ocasionou grandes déficits motores, sensoriais e cognitivos em referência à zona do cérebro que foi submetida ao procedimento (DWIVEDI *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Destarte, os distúrbios psiquiátricos possuem alta prevalência e impacto negativo nas pessoas com epilepsia, uma vez que estão associados à diminuição da qualidade de vida e pouca melhora clínica. Além disso, é um problema com elevados índices de subdiagnóstico e subtratamento, sendo necessária uma maior valorização e aplicação de análise psiquiátrica para os diferentes transtornos mentais em pacientes epiléticos.

Frente a isso, observa-se a necessidade deste tema receber maior atenção da comunidade médica e científica, visto que o desenvolvimento dos conhecimentos acerca dos DPs na epilepsia tem se tornado mais frequente, com abordagens terapêuticas mais concretas e centradas não só na melhora dos sintomas, como também em diminuir o estigma associado a esses distúrbios. No entanto, ainda existem problemas relacionados à propagação desses avanços científicos para os diversos segmentos da sociedade, fato que contribui para atrasar o sucesso terapêutico dos pacientes com DPs na epilepsia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABE. Definições e Conceitos. Associação Brasileira de Epilepsia. 2005 Disponível em: <<https://www.epilepsiabrasil.org.br/definicoes-e-conceitos>>. Acesso em: 16 jun. 2020.
- ADAMOLEKUN, B. Transtornos Convulsivos. Disponível em: <encurtador.com.br/jkS58>. 2018. Acesso em: 16 jun. 2020.
- CHEN, S *et al.* Resting-state fMRI study of treatment-naïve temporal lobe epilepsy patients with depressive symptoms. *Neuroimage*, v. 60, p. 299, 2012.
- CLARKE, M.C. *et al.* Evidence for shared susceptibility to epilepsy and psychosis: a population-based family study. *Biological Psychiatry*, v. 71, p. 836, 2012.
- DALMAGRO, C.L. *et al.* Psychiatric comorbidity in refractory focal epilepsy: a study of 490 patients. *Epilepsy & Behavior*, v. 25, p. 593, 2012.
- DESAI, S.D. *et al.* Study of DSM-IV Axis I psychiatric disorders in patients with refractory complex partial seizures using a short structured clinical interview. *Epilepsy & Behavior*, v. 19, p. 301, 2010.
- DIAS, B.C.S. *et al.* Efeitos adversos psiquiátricos desencadeados por topiramato: relato de dois casos. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, v. 13, p. 79, 2007.
- DUBOIS, J.M. *et al.* Abnormalities of cortical thickness in postictal psychosis. *Epilepsy & Behavior*, v. 21, p. 132, 2011.
- DWIVEDI, R. *et al.* Surgery for drug-resistant epilepsy in children. *New England Journal of Medicine*, v. 377, p. 1639, 2017.
- FAKHOURY, T.A. *et al.* Effects of lamotrigine on mood in older adults with epilepsy and co-morbid depressive symptoms. *Drugs & aging*, v. 25, p. 955, 2008.
- GONÇALVES, D.A. *et al.* Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saude Publica*, v. 30, p. 623, 2014.
- GUTIERREZ-GALVE, L. *et al.* Cortical abnormalities and their cognitive correlates in patients with temporal lobe epilepsy and interictal psychosis. *Epilepsia*, v. 53, p. 1077, 2012.
- KANDRATAVICIUS, Ludmyla *et al.* Differential aberrant sprouting in temporal lobe epilepsy with psychiatric co-morbidities. *Psychiatry Research*, v. 195, p. 144, 2012.
- KANDRATAVICIUS, L. *et al.* Neurotrophin receptors expression in mesial temporal lobe epilepsy with and without psychiatric comorbidities and their relation with seizure type and surgical outcome. *Acta Neuropathologica Communications*, v. 2, p. 1, 2014.
- KANNER, A.M. *et al.* Anxiety disorders, subsyndromic depressive episodes, and major depressive episodes: do they differ on their impact on the quality of life of patients with epilepsy?. *Epilepsia*, v. 51, p. 1152, 2010.
- KATO, H. *et al.* Lamotrigine improves aggression in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, v. 21, p. 173, 2011.
- LEE, S.A. *et al.* Factors contributing to depression in patients with epilepsy. *Epilepsia*, v. 51, p. 1305, 2010.
- MACHADO, R.A. *et al.* Suicidal risk and suicide attempts in people treated with antiepileptic drugs for epilepsy. *Seizure*, v. 20, p. 280, 2011.
- MARTINS, I.F. Epilepsia e depressão: o duplo estigma. *Psychiatry Online Brazil*, v. 22, 2017.
- MATSUURA, M. *et al.* Intellectual disability and psychotic disorders of adult epilepsy. *Epilepsia*, v. 46, p. 11, 2005.
- MAZZA, M. *et al.* Bipolar disorder and epilepsy: a bidirectional relation? Neurobiological underpinnings, current hypotheses, and future research directions. *The Neuroscientist*, v. 13, p. 392, 2007.
- MAZZA, M. *et al.* Effect of levetiracetam on depression and anxiety in adult epileptic patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, v. 32, p. 539, 2008.
- MENSAH, S.A. *et al.* The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, v. 8, p. 213, 2006.
- MULA, M. *et al.* On the prevalence of bipolar disorder in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, v. 13, p. 658, 2008.
- OPAS. OMS destaca escassez de tratamento para epilepsia em países de baixa renda. 2019. Disponível

em: <encurtador.com.br/tyDG0>. Acesso em: 16 jun. 2020.

PELLEGRINO, G. *et al.* Eslicarbazepine acetate modulates EEG activity and connectivity in focal epilepsy. *Frontiers in Neurology*, v. 9, p. 1054, 2018.

PENG, W.F. *et al.* Increased ratio of glutamate/glutamine to creatine in the right hippocampus contributes to depressive symptoms in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, v. 29, p. 144, 2013.

REISINGER, E.L. & DIORIO, C. Individual, seizure-related, and psychosocial predictors of depressive symptoms among people with epilepsy over six months. *Epilepsy & Behavior*, v. 15, p. 196, 2009.

SALGADO, P.C.B. & CENDES, F. Life adjustment after surgical treatment for temporal lobe epilepsy. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, v. 15, n. 2, p. 71-75, 2009.

SALGADO, P.C.B. *et al.* Neuroimaging changes in mesial temporal lobe epilepsy are magnified in the presence of depression. *Epilepsy & Behavior*, v. 19, p. 422, 2010.

SALPEKAR, J. Depression and Epilepsy: We are no longer one direction. *Epilepsy currents*, v. 17, p. 223, 2017.

SHAMIM, S. *et al.* Temporal lobe epilepsy, depression, and hippocampal volume. *Epilepsia*, v. 50, p. 1067, 2009.

SHNEKER, B.F. *et al.* O. Suicidality, depression screening, and antiepileptic drugs: reaction to the FDA alert. *Neurology*, v. 72, p. 987, 2009.

STEFANELLO, S. *et al.* Depression and anxiety in a community sample with epilepsy in Brazil. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, v. 69, p. 342, 2011.

STEFANELLO, S. *et al.* Suicidal thoughts in epilepsy: a community-based study in Brazil. *Epilepsy & Behavior*, v. 17, p. 483, 2010.

SUNDRAM, F. *et al.* Neuroanatomical correlates of psychosis in temporal lobe epilepsy: voxel-based morphometry study. *The British Journal of Psychiatry*, v. 197, p. 482, 2010.

TEDRUS, G.M.A.S. *et al.* Epilepsia e depressão: aspectos sociodemográficos e clínicos associados. *Revista de Ciências Médicas*, v. 18, 2012.

TELLEZ-ZENTENO, J.F. *et al.* Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia*, v. 48, p. 2336, 2007

THOMPSON, A.W. *et al.* Sociodemographic and clinical factors associated with depression in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, v. 14, p. 655, 2009.

VIEIRA, É.L.M. *et al.* Interleukin-1 β plasma levels are associated with depression in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, v. 53, p. 131, 2015.

WANG, Y. *et al.* An intensive education program for caregivers ameliorates anxiety, depression, and quality of life in patients with drug-resistant temporal lobe epilepsy and mesial temporal sclerosis who underwent cortico-amygdalohippocampectomy. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 53, 2020.

WHO. Epilepsy: a public health imperative. Summary. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/MSD/MER/19.2). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325440>. Acesso em: 16 jun. 2020.

CAPÍTULO 14

RELAÇÃO ENTRE A PRIVAÇÃO DE SONO E O RECONHECIMENTO DE EMOÇÕES

Palavras-chave: Privação de Sono; Emoções; Distúrbios do Sono

FRANCINI SPILLERE TANQUELLA¹
JÚLIA COUTINHO CORDEIRO¹
MARIELA SVÍZZERO AMARAL²
ELIZABETH REGINA COMINI FROTA³

1. Discente do curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas) - Belo Horizonte, MG.

2. Discente do curso de medicina da Universidade Federal de São João Del Rei - São João Del Rei, MG.

3. Docente da Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas) - Belo Horizonte, MG.



INTRODUÇÃO

Uma boa qualidade de sono é imprescindível para a manutenção da saúde física e cognitiva, além de compor um cenário de extrema importância no funcionamento emocional, como destacado por vários estudos durante os últimos anos (SCHWARZ *et al.*, 2018). Segundo Killgore *et al.* (2016) existe um consenso de que o sono desempenha um papel vital na recalibragem do funcionamento emocional do cérebro. Quando se tem uma qualidade de sono ruim, é comum que apareçam sintomas como cansaço, estresse, falhas na memória e até mesmo mudanças na personalidade e nas emoções (KILLGORE *et al.*, 2016).

Segundo Shermohammed *et al.* (2020), a Privação de Sono (PS) desorganiza o funcionamento dos sistemas de controle cognitivo nos córtices pré-frontal e temporoparietal, influenciando nos ciclos cognitivos e afetivos. A escassez de sono prejudica funções executivas, além de levar a perdas da memória de trabalho e de curto prazo e de rebaixar o potencial de se concentrar ou de manter a atenção. Os prejuízos funcionais da privação de sono estão relacionados à diminuição do estímulo cerebral nas regiões cortical parietal lateral e parietal posterior (SHERMOHAMMED *et al.*, 2020).

Quando acontece a PS, parece haver uma redução na capacidade de padronização emocional e uma perda de sensibilidade de compreensão às pistas que fornecem informações emocionais, tanto sobre o ambiente externo quanto o meio interno (GOLDSTEIN-PIEKARSKI *et al.*, 2015). Ser capaz de reconhecer o estado emocional dos outros é essencial para a interação social de sucesso. No entanto, pode haver uma falha das

pessoas ao tentar atribuir emoções nas situações de PS, sendo que uma série de estudos indicou que a perda de sono prejudica o reconhecimento destas. Por exemplo, 72 a 120 horas cumulativas de perda de sono, após um exercício militar, geralmente diminuem a precisão de categorizar corretamente as emoções (HOLDING *et al.*, 2017).

Especula-se que isso ocorra porque a falta de sono leva a um reconhecimento pouco eficaz de certos aspectos da mímica facial, especialmente quando há alguma imprecisão nas expressões (KILLGORE *et al.*, 2016). O rosto tem uma atribuição importante nesse sentido, pois comunica a condição física e afetiva, o encorajamento e as intenções potenciais das pessoas. Ainda, fornece informações essenciais acerca de fatores que podem afetar a sobrevivência e o bem-estar, incluindo a presença ou ausência de perigo, a disponibilidade de recursos, as necessidades dos outros e o potencial de inclusão social (KILLGORE *et al.*, 2016).

Tendo em vista que alguns estudos sugerem que a PS aumenta o humor negativo e prejudica a regulação das emoções e o funcionamento socioemocional, pessoas expostas a uma escassez de sono provavelmente terão consequências adversas para a vida cotidiana (SCHWARZ *et al.*, 2018). Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão bibliográfica acerca da influência da privação de sono na identificação das emoções.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura utilizando-se a base de dados PubMed. Foram utilizados os seguintes descritores: *sleep deprivation and emotions*, utilizando o filtro *in the last 5 years*. Foram inicialmente

encontrados 24 resultados, sendo selecionados 10 artigos que continham a palavra *sleep* e *emotion* ou *emotional* ou *mood* no título. Pela leitura dos resumos destes 10 artigos, foram excluídos quatro artigos por serem revisões bibliográficas. Por fim, fez-se a leitura integral dos seis artigos incluídos nesta revisão. Os critérios de inclusão foram artigos originais publicados nos últimos cinco anos em língua inglesa e artigos que continham no título as palavras descritas acima. Os critérios de exclusão foram artigos publicados anteriormente a 2016, artigos de revisão bibliográfica e estudos realizados em animais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os seis estudos encontrados na literatura, a população pesquisada variou de 34 a 291 indivíduos, sendo que um desses trabalhos fez uma análise secundária dos resultados de dois outros estudos, o primeiro transversal com 291 participantes, e o segundo, experimental com 181 participantes. A faixa etária dos indivíduos variou entre jovens, adultos e idosos, e nenhum desses estudos foi realizado em população pediátrica.

Três dos trabalhos avaliaram a precisão do reconhecimento e da categorização de expressões emocionais: Crönlein *et al.* (2016) investigaram duas amostras de pacientes com distúrbios do sono, incluindo insônia psicofisiológica e síndrome da apneia do sono, e um grupo controle com sono normal, comparando os resultados da classificação das emoções obtidos por esses grupos. Já Holding *et al.* (2017) e Killgore *et al.* (2016), por meio da avaliação de resultados de questionários aplicados aos participantes, após submetê-los a períodos de sono normal e de privação de sono, buscaram compreender

se o sono insuficiente estaria associado à diminuição da capacidade de identificar emoções.

Shermohammed *et al.* (2020) utilizaram o exame de ressonância magnética para observar os efeitos da privação de sono na reatividade emocional e nos sistemas neurobiológicos, enquanto que Tempesta *et al.*, (2017) buscaram analisar tais efeitos na memória episódica de estudantes universitários saudáveis, utilizando estimulação através de filmes emocionais e não emocionais. Diferentemente dos estudos supracitados, apenas Schwarz *et al.* (2019) tentaram comprovar a hipótese de que o efeito da privação de sono sobre o humor é mais forte em jovens do que em adultos mais velhos. As informações de amostras, metodologia e resultados de cada estudo incluído nesta revisão encontram-se na Tabela 14.1.

Diversos estudos correlacionam a perda aguda de sono com o processamento emocional de indivíduos saudáveis. Nesse sentido, Killgore *et al.* (2016) realizaram um estudo com 54 adultos saudáveis para avaliar os efeitos de uma noite de privação de sono seguida por uma noite de sono de recuperação, na capacidade de identificar as seis categorias de emoções básicas mais amplamente aceitas – felicidade, surpresa, medo, tristeza, nojo e raiva.

Os resultados sugerem que a PS foi associada a uma precisão significativamente reduzida na identificação das expressões de felicidade e tristeza nos rostos transformados. Contudo, nenhuma das outras emoções tiveram sua precisão diminuída em função da perda de sono. Após a noite de recuperação de sono, a precisão retornou ao valor basal para felicidade e tristeza.

Tabela 14.1. Dados e informações sobre os artigos revisados

Referência	Objetivo	Método	Resultados
Crönlein <i>et al.</i> , (2016)	Avaliar o efeito do sono cronicamente perturbado no processamento emocional, investigando duas amostras de pacientes com distúrbios do sono.	25 pacientes com insônia psicofisiológica, 19 pacientes com síndrome da apneia do sono e uma amostra de controle de 24 indivíduos (68) com sono normal completaram uma tarefa de Rotulação de Emoção Expressa Facial (SENTIR), exigindo que os participantes categorizassem e classificassem a intensidade de seis expressões emocionais: raiva, ansiedade, medo, felicidade, repulsa e tristeza.	Os pacientes com insônia psicofisiológica e com apneia do sono apresentaram desempenho significativamente inferior no teste FEEL em comparação ao grupo controle. Os grupos de pacientes com alteração do sono não diferiram um do outro.
Holding <i>et al.</i> , (2017)	Entender se o sono insuficiente estava associado à diminuição da capacidade de reconhecimento de emoções em dois estudos separados usando uma tarefa multimodal dinâmica.	O estudo realizou uma análise secundária de resultados de dois estudos: estudo 1 transversal com 291 participantes com medidas de questionário avaliando a duração do sono e a qualidade do sono autorreferida na noite anterior; estudo 2 experimental com 181 participantes, onde os indivíduos foram quase randomizados em uma condição de privação de sono (N = 90) ou de controle do sono (N = 91). Todos os participantes de ambos os estudos foram testados no mesmo teste multimodal de escolha forçada de reconhecimento de emoções para avaliar a precisão da categorização de emoções.	A duração do sono, a qualidade do sono autorreferida e a privação do sono não interferiram na precisão ou na velocidade do reconhecimento das emoções. Da mesma forma, as respostas para cada uma das doze emoções testadas não mostraram nenhuma evidência de capacidade de reconhecimento prejudicada.
Killgore <i>et al.</i> , (2017)	Avaliar os efeitos de uma noite de privação de sono seguida de uma noite de sono de recuperação na capacidade de identificar as seis categorias de emoções básicas (felicidade, surpresa, medo, tristeza, nojo, raiva).	54 adultos saudáveis (29 homens; 25 mulheres) foram avaliados após uma noite normal de sono, novamente após uma noite de total privação de sono e, finalmente, após uma noite de sono de recuperação, em relação a uma série de fotografias de expressão facial exibida de acordo com as emoções. As fotografias foram criadas com base nas emoções básicas por expressões faciais padrão e foram transformadas no computador para expressões complexas (por exemplo, combinando 70% de felicidade + 30% surpresa; 90% surpresa + 10% medo). Os indivíduos responderam por questão de múltipla escolha com opções das emoções básicas sobre cada imagem.	Para a felicidade e para a tristeza, houve diferença significativa, sugerindo um efeito da PS nos julgamentos de precisão. Contudo, para surpresa, não houve diferença significativa. Embora tenha havido um efeito significativo para o medo, não houve declínio significativo da linha de base para a PS. Nenhum efeito significativo foi observado para repulsa ou raiva, sugerindo nenhum efeito da OS no reconhecimento dessas emoções.
Schwarz <i>et al.</i> , (2019)	Testar a hipótese de que o efeito da PS sobre o humor é mais forte em jovens do que em adultos mais velhos.	218 participantes jovens (18-30 anos) e adultos mais velhos (60-72 anos) foram divididos em um grupo que passou por uma noite de sono controlada (jovens, n = 63; idosos, n = 47) ou por uma noite de privação total de sono (jovens, n = 61; mais velhos, n = 47). Sonolência, humor e sintomas comuns de privação de sono foram medidos usando questionários e classificações estabelecidas.	Os participantes privados de sono sentiram-se mais sonolentos, estressados e com frio, e relataram menor vigor e afeto positivo, independentemente da idade. Todas as outras medidas mostraram uma resposta menor à privação de sono no grupo mais velho.

Shermohammed
et al., (2020)

Testar os efeitos causais da PS na reatividade emocional e nos sistemas neurobiológicos subjacentes à reavaliação cognitiva.

Estudo com 34 jovens adultos que foram submetidos a ressonância magnética duas vezes, uma quando totalmente descansados e uma vez após uma noite de privação total de sono. Durante o exame de imagem, os participantes viam passivamente ou usavam reavaliação cognitiva para diminuir a regulação de sua resposta emocional a imagens negativas e neutras.

Ambas as avaliações de afeto negativo autorrelatadas e as respostas neurais às imagens não indicaram nenhuma diferença na maneira como os participantes implementaram a reavaliação cognitiva quando privados de sono ou quando totalmente descansados.

Tempesta
et al., (2017)

Investigar os efeitos da privação de sono na memória episódica usando estimulação através de filmes emocionais e não emocionais.

48 estudantes universitários saudáveis na faixa etária de 19 a 28 anos, foram divididos em dois grupos: (1) grupo com noite de sono; (2) grupo privado de sono. Ambos os grupos completaram uma fase de codificação e uma de *recall*. Os participantes do grupo privados de sono ficaram sem dormir na noite imediatamente após a fase de codificação, enquanto o grupo controle dormiu em casa. A fase de recuperação foi administrada a todos os indivíduos 48 horas após a codificação. Durante a fase de codificação, seis cliques de filmes de diferentes valências (dois positivos, dois neutros e dois negativos) foram apresentados aos participantes. Durante a fase de recuperação, a memória episódica foi avaliada por uma tarefa de reconhecimento.

Os resultados mostraram que o grupo privado de sono teve um desempenho inferior de memória de discriminação para todos os estímulos em comparação ao grupo com noite de sono.

Assim, os resultados falam a favor de que a PS afeta negativamente o reconhecimento de sinais faciais de felicidade e tristeza, sendo essas duas emoções extremamente relevantes para interações interpessoais e pró-sociais

Em contrapartida, a partir de um teste multimodal para avaliar a precisão da categorização de 12 emoções diferentes, Holding *et al.*, (2017) demonstraram que a capacidade de categorizar com precisão as emoções de outras pessoas não está associada à duração do sono de curto prazo ou à qualidade do sono.

Apenas o estudo de Crönlein *et al.*, (2016) busca interpretar o efeito do sono cronicamente perturbado no processamento emocional, em pacientes com distúrbios do sono comparado a um grupo de amostra saudável. Esse trabalho demonstrou que tanto os pacientes com insônia psicofisiológica

quanto os pacientes com apneia do sono apresentaram desempenho significativamente inferior no teste de *Facial Expressed Emotion Labelling* (FEEL) em comparação ao grupo controle. Por meio destes resultados, levanta-se a hipótese de que o impacto do processamento emocional em pessoas com distúrbios crônicos do sono parece se dar de maneira similar à privação aguda do sono. Entretanto, ambas comprovações necessitam de estudos mais metodologicamente concisos.

Diferentemente dos estudos acima, Tempesta *et al.* (2017) tentaram correlacionar a PS com a memória episódica, utilizando tipos de filmes com cunhos emocionais divergentes (dois positivos, dois neutros e dois negativos). O estudo demonstrou que as pessoas que tiveram uma noite de privação de sono apresentaram uma pior ativação da memória episódica em todos os estímulos testados, em comparação com o grupo que

teve uma boa noite de sono. Tais resultados sugerem o efeito deletério da PS na consolidação da memória episódica independente da característica emocional.

Já Schwarz *et al.* (2019) objetivavam testar a hipótese de que o efeito da privação de sono sobre o humor é mais forte em jovens do que em adultos mais velhos. Foi percebido que os participantes PS se sentiram mais sonolentos, estressados, com frio e relataram menor vigor e afeto positivo, independentemente da idade. No entanto, todas as outras medidas (afeto negativo, depressão, confusão, tensão, raiva, fadiga, distúrbio total do humor, fome, atenuação cognitiva e irritabilidade) mostraram uma resposta menor à PS no grupo de adultos mais velhos, sugerindo que estes são emocionalmente menos afetados pela privação de sono do que os adultos jovens.

Em contraposição aos achados dos demais estudos citados acima, Shermohammed *et al.*, (2020) utilizando análise do cérebro por ressonância magnética, observaram que tanto as avaliações de afeto negativo autorrelatadas quanto as respostas neurais às imagens não indicaram nenhuma diferença na maneira como os participantes implementaram a reavaliação cognitiva quando privados de sono ou quando descansados. Assim, em condições de PS, as regiões cerebrais não mostraram respostas de reatividade distintas para imagens negativas em relação às neutras, da mesma forma que a avaliação das classificações de afeto negativo e a desaceleração da frequência cardíaca, em resposta a imagens aversivas, foram atenuadas.

Diante desses achados controversos, observa-se que alguns estudos sugerem que, com a PS, é possível verificar uma diminuição

da regulação emocional associado a um déficit no reconhecimento de pistas sociais (GOLDSTEIN-PIEKARSKI *et al.*, 2015). Yoo *et al.* (2017) mostraram que a PS foi associada com respostas ampliadas da amígdala a imagens visuais com teor negativo (por exemplo: corpos mutilados; condições não higiênicas; cenas agressivas), e que a conectividade funcional foi diminuída entre regiões reguladoras da emoção do córtex pré-frontal medial e da amígdala (YOO *et al.*, 2007).

Algumas evidências sugerem que, sem sono, há uma perda da capacidade de regiões do cérebro em ordenar e exercer o controle regulatório sobre os sistemas de detecção de ameaças, acarretando uma maior reação emocional. Em outro estudo, Gujar *et al.* (2011) associaram que a PS produziu respostas aumentadas semelhantes no sistema límbico e em regiões paralímbicas para imagens positivas (GUJAR *et al.*, 2011), levantando a hipótese de que a falta de sono aumenta a reatividade emocional tanto para estímulos positivos, quanto para negativos. Isso sugere que a PS, independentemente da valência da imagem, pode diminuir de forma global o limiar para ativação emocional, aumentando assim a sensibilidade geral aos estímulos emocionais (KILLGORE *et al.*, 2017).

Entretanto, ressalta-se que os estudos apresentam resultados inconsistentes quanto à alteração emocional vinculada à PS. Essa divergência pode se dar por diversas razões, como as amostras heterogêneas, o tamanho amostral diferente entre os estudos, a forma de avaliação do reconhecimento das emoções e o tempo e a maneira como foi conduzida e analisada a PS.

CONCLUSÃO

Os estudos analisados são divergentes quanto à influência da privação do sono no reconhecimento das emoções. Alguns estudos apontaram para a hipótese nula, sugerindo que a PS não influencia no reconhecimento de emoções. Outros estudos evidenciaram que a falta de sono pode prejudicar o reconhecimento de emoções, em especial indicando um aumento na tendência geral de perceber expressões faciais como

ameaçadoras. Dentro dessa hipótese, sugere-se que a perda de sono acarreta em uma mudança no limiar de percepção de ameaça e afeta a interpretação de pistas pró-sociais e antissociais. Isso sugere que o sono é significativo na regulação emocional, especialmente na identificação de emoções negativas. Entretanto, devido aos resultados inconsistentes e às diferenças metodológicas dos estudos, são necessárias mais pesquisas acerca dessa temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRÖNLEIN, T. *et al.* Impaired Recognition of Facially Expressed Emotions in Different Groups of Patients with Sleep Disorders. *PLoS One*. v. 11, p. 4, 2016.

GOLDSTEIN-PIEKARSKI, A.N. *et al.* Sleep deprivation impairs the human central and peripheral nervous system discrimination of social threat. *The Journal of Neuroscience*, v. 35, p. 10135, 2015.

GUJAR, N. *et al.* Sleep deprivation amplifies reactivity of brain reward networks, biasing the appraisal of positive emotional experiences. *The Journal of Neuroscience*, v. 31, p. 4466, 2011.

HOLDING, B.C. *et al.* Multimodal emotion recognition is resilient to insufficient sleep: results from cross-sectional and experimental studies. *Sleep*, v. 40, p. 11, 2017.

KILLGORE, W.D.S. *et al.* Sleep deprivation impairs recognition of specific emotions. *Neurobiology of Sleep and Circadian Rhythms*, v. 3, p. 10, 2016.

SCHWARZ, J. *et al.* Mood impairment is stronger in young than in older adults after sleep deprivation. *Journal of Sleep Research*, v. 28, p. 4, 2019.

SHERMOHAMMED, M. *et al.* Examining the causal effects of sleep deprivation on emotion regulation and its neural mechanisms. *Journal of Cognitive Neuroscience*, v. 7, p. 1289, 2020.

TEMPESTA, D. *et al.* The effect of sleep deprivation on retrieval of emotional memory: a behavioural study using film stimuli. *Experimental Brain Research*, v. 235, p. 10, 2017.

YOO, S.S. *et al.* The human emotional brain without sleep - a prefrontal amygdala disconnect. *Current Biology*, v. 17, R877. 2007.

CAPÍTULO 15

DEPRESSÃO PÓS PARTO: UM DESAFIO DO PUERPÉRIO

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Estigma Social; Saúde Mental

ANNA LETICIA PEREIRA CANUTO¹
CAMILA RAYDAN LIANDRO¹
DANIELLA GUELMAN MESQUITA¹
DANYELLA FERNANDA DE SÁ OLIVEIRA¹
LUDMILLA RODRIGUES DE SOUZA MOL SANTOS¹

1. Discente do curso de Medicina da Faculdade de Minas – Belo Horizonte, MG.



INTRODUÇÃO

O período pós-natal é apontado como uma fase em que os transtornos mentais são mais frequentes. Isso se deve às mudanças impostas pela chegada de um filho ao núcleo familiar, com novas e crescentes responsabilidades, associado às alterações físicas e hormonais advindas da condição gestacional, parto e puerpério. Dentre estes transtornos, a depressão pós-parto (DPP) é reconhecida como importante causa de morbidade materna, fator significativo para a saúde pública. A prevalência da DPP está entre 10 e 20% de acordo com a maioria dos estudos brasileiros.

Dentre os fatores psicossociais que mais apresentam associação com essa patologia estão: baixo suporte social; história de doença psiquiátrica; tristeza pós-parto; depressão pré-natal; baixa autoestima; ansiedade pré-natal; gravidez não planejada; tentativa de interromper a gravidez; transtorno disfórico pré-menstrual e sentimentos negativos em relação a criança. Como sintomas, a puérpera pode apresentar irritabilidade, mudanças bruscas de humor, indisposição, doenças psicossomáticas, tristeza profunda, sensação de incapacidade de cuidar do bebê, desinteresse e negligência com os cuidados deste, chegando ao extremo de pensamento suicidas e homicidas em relação ao neonato. O diagnóstico é clínico feito com auxílio da escala de depressão pós-parto de Edimburgo. É imprescindível que seja feito precocemente, por isso é necessário acompanhamento em todo ciclo gravídico-puerperal, sendo a melhor forma de evitar ou reduzir a duração da DPP.

Nesse sentido avalia-se a puérpera para tratamento em âmbito psíquico e psicológico, auxiliados de terapias adjuvantes,

por exemplo atividade física. Entretanto, pesquisas mostram um estigma social elevado no que tange aos transtornos psicológicos em gestantes e puérperas, sendo esta a principal barreira na busca pelo tratamento (LOBATO *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2003).

O objetivo deste estudo foi abordar os principais aspectos da DPP: etiologia, prevenção, diagnóstico, tratamento, e alterações psíquicas decorrentes. Discutir sobre o estigma social criado em torno da depressão pós-parto e suas consequências.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de março a abril, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, MEDLINE, SciELO. Foram utilizados os descritores: “depressão pós-parto”, “estigma social”, “saúde mental”. Desta busca foram encontrados 8.601 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2003 a 2020 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, e estudos do tipo revisão disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 25 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados, um livro bibliográfico, uma publicação oficial da FEBRASGO e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM -5). Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas

abordando: história e conceito, sinais e sintomas, fatores de risco, tratamento, consequências, estigmatização e prevenção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

História e conceito

Ao longo da história, existem diversos relatos acerca de transtornos psiquiátricos associados ao puerpério. Na literatura médica francesa e alemã, dos séculos XVII e XVIII, já haviam relatos de casos sobre “insanidade puerperal”. Em 1818, um psiquiatra francês chamado Jean Esquirol foi o primeiro a conceder dados detalhados e quantitativos de 92 casos de psicose puerperal, obtidos por meio de suas pesquisas no Hospital de Salpêtrière. Em 1856, outro psiquiatra, Victor Louis Marcé, propôs que o humor materno era influenciado pelas alterações fisiológicas pós-parto.

A partir do século XIX, muitos médicos já estavam familiarizados com a “psicose pós-parto”. Em 1950, iniciaram estudos que incluíam quadros moderados de transtornos de humor, sendo um dos primeiros o estudo realizado por Brice Pitt, em 1968. O estudo descreve o quadro clínico de 33 mulheres, e propõe nomear de “depressão atípica” devido a maioria das mulheres terem apresentado um escore alto para neuroticismo (CANTILINO *et al.*, 2010).

Em 2002, O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV) não diferenciava as perturbações de humor que ocorrem no período pós-parto das que ocorrem em outros períodos e situações. Era utilizado o termo “com início no pós-parto” para especificar uma sintomatologia

depressiva nas quatro primeiras semanas após o parto (O'HARA & MCCABE, 2013).

Em 2013, no último Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais publicado (DSM-V), a DPP ainda não é classificada como uma categoria de diagnóstico independente, é utilizado o termo “de início no periparto” para descrever o início dos sintomas depressivos no puerpério ou até quatro semanas após o parto (APA, 2013). Dessa forma, nos dias atuais a DPP define-se pela ocorrência de um episódio depressivo maior (ocasionalmente compreende também a depressão menor) no período pós-parto, em generalidade, nos primeiros 12 meses após o parto (O'HARA & MCCABE, 2013). No entanto, na prática clínica e em muitas pesquisas recentes, prazos que variam até um ano, são usados para definir o período pós-parto.

Sinais e sintomas

A depressão é uma doença crônica que tem como principais sinais e sintomas humor deprimido, triste, vazio, irritável e com perda de interesse ou prazer nas atividades cotidianas. É um transtorno incapacitante com perda de produtividade, qualidade de vida, sofrimento, afetando diretamente a relação do binômio mãe e filho. Os sinais e sintomas da DPP são classificados consoantes os critérios do DSM-V, o paciente deve permanecer por, no mínimo, duas semanas, apresentando pelo menos cinco dos sintomas a seguir, sendo obrigatoriamente um deles, humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, com início no periparto.

1. Perda do interesse ou prazer, em todas as atividades ou quase todas as atividades na maior parte do tempo;

2. Humor deprimido na maior parte do tempo;
3. Alteração do peso corporal, sem auxílio dietético, cerca de 5% do peso corporal;
4. Capacidade de concentração diminuída e indecisão;
5. Alteração do sono (insônia ou hipersonia);
6. Sentimento de culpa excessiva ou de inutilidade;
7. Alterações psicomotoras;
8. Perda de energia ou fadiga;
9. Recorrentes pensamentos de morte e/ou ideação suicida.

Por conseguinte, oferece risco ao neonato, vem associado à profunda e repentina tristeza seguida de rejeição do bebê. O infanticídio está afiliado aos episódios psicóticos caracterizados por alucinações. “O infanticídio está frequentemente associado a episódios psicóticos no pós-parto caracterizados por alucinações de comando para matar o bebê ou delírios de que este está possuído, mas os sintomas psicóticos também podem ocorrer em episódios de humor pós-parto graves sem delírios ou alucinações específicos” (DSM-V). É importante ressaltar que, para ser classificado como DPP, o quadro não pode estar associado ao uso de substâncias, outros transtornos mentais e a paciente nunca deve ter apresentado o quadro maníaco ou hipomaníaco. Puérperas com sintomas depressivos maior apresentam frequentemente ansiedade e ataques de pânico.

A puérpera desenvolve a tríade negativa cognitiva da depressão, que envolve pensamento negativos sobre o mundo, sobre si mesma, sobre o neonato e sobre futuro, o que acarreta demasiada ansiedade.

Dentre os sinais e sintomas da depressão é relevante ressaltar:

- I. Sintomas Afetivos: tristeza, desesperança, desespero, choro frequente, melancolia, apatia, sentimento de aborrecimento, irritabilidade excessiva. Sobre a tristeza é preciso diferenciar a tristeza do luto e da depressão. No luto, a tristeza vem em ondas apenas quando a pessoa se recorda, enquanto a tristeza relacionada à depressão perdura o dia todo e principalmente pela manhã.
- II. Sintomas Psicóticos: ideias delirantes, alucinações ou ilusões auditivas ou visuais. É imprescindível diferenciar muito bem esses sintomas, sendo que ilusão é a deturpação do estímulo e está ligado a uma alteração da sensopercepção, na alucinação a pessoa pensa em algo ruim, porém sabe o que é a verdade. Já o delírio remete a uma alteração da ideia de programação mental, do juízo de realidade em que o paciente interpreta as coisas de forma delirante. Na alucinação, não existe um estímulo real e é um problema de sensopercepção também.
- III. Alterações Neurovegetativas: Hipobulia, insônia ou hipersonia, hiporexia ou anorexia, desânimo, anedonia, constipação, fadiga extrema, cansaço fácil, palidez e disfunção da resposta sexual.
- IV. Alterações Ideativas: pessimismo, ideias de arrependimento, morte, desejo em acabar com a vida com ideação, planos ou atos suicidas.

- V. Alterações Cognitivas: déficit de atenção, memória e dificuldade na tomada de decisão.
- VI. Alteração da Autovalorização: baixa autoestima, sentimento de insuficiência, timidez ou autodepreciação
- VII. Alteração da Volição e Psicomotricidade: lentificação motora, fala lenta, estupor hipertônico e hipotônico, mutismo, negativismo o paciente também tende a permanecer na cama durante todo o dia.

No momento em que o paciente chega relatando queixas como a apresentada acima emprega-se os critérios propostos pelo DSM-5 para dar o diagnóstico. Pelos critérios é imprescindível que apresente cinco ou mais sintomas presentes durante o período de duas semanas. É imperioso, estar presente pelo menos dois sintomas cardinais, como humor deprimido e perda de interesse ou prazer nas atividades cotidianas, e mais quatro sintomas acessórios dentre os seguintes: perda ou ganho de peso acentuado, insônia ou hipersonia, as vezes o paciente começa a dormir bem e tem um despertar noturno, agitação ou retardo psicomotor como o pensamento lento, fadiga e perda de energia quase todos os dias, sentimento de culpa e inutilidade, capacidade diminuída de pensar, concentrar ou tomar decisão, pensamento de morte.

Na classificação B, os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas da vida.

Critérios C: os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou outra condição. Nesse sentido, os critérios

de A C, representam episódios depressivo maior, enquanto Critérios D são relativos à ocorrência de episódios maior, não explicada por transtornos de esquizofrenia, delirante ou outros. Critério E, não houve episódios maníaco ou hipomaníaco.

Fatores de risco

As depressões podem ser de causas genéticas ou ambientais, que se fundamentam no modelo da diátese-estresse, eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. O principal fator de risco para DPP é a depressão no período gravídico. Dentre os demais contribuintes podemos citar fatores psicológicos, riscos obstétricos, sociais e hábitos de vida. Podemos citar, a presença de doença psiquiátrica prévia, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno bipolar tipo I, abuso sexual, negativismo em relação ao neonato, repulsão ao sexo do bebê e histórico familiar de transtornos bipolares.

No que tange ao risco obstétrico, observa-se relação com recém-nascido prematuro, gravidez de risco, necessidade de hospitalizações durante a gestação e prolapso do cordão umbilical. Ademais, o nível de apoio psicossocial, tabagismo, baixa escolaridade, violência doméstica durante o período gestacional e abuso sexual e privação de sono pós-parto. O risco é aumentado em gestações primíparas.

Ademais, após o primeiro episódio de DPP, o risco de recorrência em partos futuros é de 30 a 50%. Em geral, é discutível o fato de mulheres terem maior prevalência em casos de depressão, isso envolve fatores genéticos e ambientais, como o risco de depressão no período pós-parto, dupla jornada de trabalho que inclui o doméstico e o formal.

Tratamento

A decisão de oferecer tratamentos biológicos às gestantes é um processo decisório complexo que envolve uma interação constante entre paciente, família, obstetra e psiquiatra. Estabelecer uma aliança terapêutica é fundamental. A confiança que a gestante deposita em seus médicos certamente minimizará qualquer percalço, principalmente os efeitos colaterais que podem ocorrer durante o tratamento. Essa decisão sempre deve levar em conta, como sua mola mestra, a relação risco-benefício.

Diante de uma história clínica a mais completa possível, as opções de tratamento são oferecidas, incluindo-se a de não tratar. Entre as opções estão os tratamentos biológicos (os medicamentos são descritos levando-se em consideração a sua eficácia e os riscos particulares para mãe e feto). Os possíveis riscos envolvem toxicidade fetal, considerando a morte intrauterina, malformações físicas, prejuízo de crescimento, teratogenicidade comportamental e toxicidade neonatal. Algo que deve ser mencionado com veemência à gestante é que o fato de não tratar poderá trazer muito mais danos ao feto, pelo que haverá, devido ao estresse, efeito sobre o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, com aumento de corticoides e danos ao produto conceptual (CAMACHO *et al.*, 2006).

A terapêutica da depressão puerperal baseia-se na farmacologia e na psicoterapia e, em casos extremos, na eletroconvulsoterapia. Estes métodos são semelhantes aos empregados no tratamento de transtornos depressivos em outros períodos da vida, comprovando assim sua eficácia (ROCHA, 1999).

O uso de psicofármacos no puerpério apresenta determinadas contraindicações devido ao aleitamento materno que pode ser comprometido com a excreção e concentração destes medicamentos no leite. Sabe-se que para a mulher que vivencia um transtorno depressivo puerperal, é fundamental promover de maneira criteriosa o contato entre mãe e filho, considerando o seu estado de raciocínio e percepção da realidade, destacando assim formas passíveis e apropriadas de se fazer esse contato; a amamentação é um momento essencial para que se estabeleça o vínculo entre mãe e filho além de situar a puérpera no cenário maternal. Os efeitos dos medicamentos no organismo do bebê variam segundo o tipo de droga, farmacocinética e a sensibilidade individual (SILVA *et al.*, 2005). Vários ensaios clínicos randomizados avaliaram o tratamento medicamentoso para depressão pós-parto. Um estudo comparou paroxetina com Grupo Controle (placebo) em 70 mulheres, evidenciando a superioridade da paroxetina na remissão da depressão, embora tenha havido melhora em ambos os grupos. Quando se utilizou fluoxetina, comparando o esquema de 20 mg/dia mais seis sessões de terapia, fluoxetina (20 mg/dia) mais uma sessão de terapia, placebo mais seis sessões de terapia ou placebo mais uma sessão de terapia, por 12 semanas ($n = 87$), demonstrou-se que a redução dos sintomas de depressão foi maior com o uso de fluoxetina.

Estudo comparando sertralina e nortriptilina em 109 mulheres, durante oito semanas, considerou efetiva a remissão dos sintomas em ambos os grupos, sem efeitos adversos nos recém-nascidos. Quando se comparou paroxetina (12 semanas) com paroxetina mais terapia cognitivo-comportamental (12 sessões), ambas

abordagens foram eficazes, sem diferenças significativas entre os tratamentos. Quando foi estudada a utilização de citalopram, este mostrou ser mais eficaz quando esteve associado à psicoterapia do que sozinho (IBIAPINA *et al.*, 2010).

Atualmente, muitos antidepressivos estão sendo estudados em relação à lactação, e os ISRS foram os menos presentes no leite materno. Entre eles, a sertralina e a paroxetina parecem ser as melhores alternativas (HABERG & MATHESON, 1997). Também foram consideradas seguras (de baixo risco) as seguintes drogas: sulpirida, a maioria dos tricíclicos, triptofano, moclobemida, benzodiazepínicos em dose baixa e única, zolpidem, carbamazepina, valproato em doses baixas e fenitoína. Drogas como haloperidol, fenotiazinas em baixas doses, IMAOS, mirtazapina, ISRS, trazodona, benzodiazepínicos e betabloqueadores foram consideradas de risco moderado (IBIAPINA *et al.*, 2010).

A psicoterapia também pode ser uma aliada no que diz respeito a medidas de descontinuação ou redução de dose no tratamento farmacológico, diminuindo o risco de recaídas ou os sintomas depressivos na gestação. No entanto, é importante ressaltar que não é adequado descontinuar a farmacoterapia em casos mais graves ou recorrentes. Episódios depressivos leves ou depressão menor podem ter boa resposta ao tratamento psicoterápico, sendo benéfico às pacientes e ao feto tentar inicialmente o tratamento não farmacológico nesses casos (CAMACHO *et al.*, 2006).

NEWPORT *et al.* (2002) realizaram um estudo com 576 mulheres no pós-parto. Foram estudadas as abordagens psicoterápicas mais significativas na redução da sintomatologia nesses casos e verificaram-se

duas modalidades mais efetivas: a psicoterapia interpessoal, que foca o seu trabalho nos sintomas depressivos da paciente e no seu relacionamento com o mundo, assim como o rompimento da barreira interpessoal, e a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que tem como objetivo ajudar o paciente a solucionar seus comportamentos e cognições disfuncionais por meio da aprendizagem e da reestruturação cognitiva (CAMACHO *et al.*, 2006).

Revisões sistemáticas sugerem que psicoterapia individual e a TCC são efetivas, mas com efeito menor do que quando se utilizam medicações antidepressivas. Uma vantagem da psicoterapia no tratamento da DPP é a ausência de contraindicações e uma segurança provavelmente maior do que medicações antidepressivas para mulheres que estão amamentando (IBIAPINA *et al.*, 2010).

Uma revisão da literatura, que avaliou dois pequenos ensaios clínicos randomizados conduzidos na Austrália, avaliou como DPP, especificamente a caminhada, pelo menos 30 minutos de duas a três vezes por semana, podendo ser uma opção a ser trabalhada, seja acrescentada a outras intervenções, seja como uma alternativa, especialmente para as mulheres que não desejam utilizar medicações ou que não tenham acesso a acompanhamento psicológico (IBIAPINA *et al.*, 2010).

Consequências

A depressão pós-parto pode suscitar múltiplas consequências para mãe, criança e família. O comprometimento emocional e afetivo, desestruturação da relação do binômio mãe-filho e do casal são algumas consequências da DPP. Ademais alterações biológicas também podem ser provocadas

como risco de infarto agudo do miocárdio, diabetes e acidente vascular cerebral (LACERDA *et al.*, 2009). Outras consequências são o autoextermínio e/ou infanticídio (0.2% dos casos), negligências nos cuidados do bebê, desnutrição do bebê, depressão do cônjuge, divórcio.

Vários estudos demonstram que a depressão materna repercute negativamente o desenvolvimento infantil acarretando problemas de comportamento, emocional, social e cognitivos.

Estigmatização

Comumente a maternidade proporciona diversos tipos de questionamentos e emoções, como surpresa, alegria e, algumas vezes, medo. Vários fatores contribuem para o predomínio da vivência de sentimentos positivos, como por exemplo, o planejamento, o histórico pessoal e obstétrico. Mas quando ocorre o contrário, sobretudo na primeira experiência, seja a primeira gestação, via de parto diferente da anterior, ou por decorrência da abdicação de liberdade na vida social, da falta de planejamento e de apoio do companheiro ou da família, misturam-se os sentimentos de insegurança e solidão, o que dificulta a mulher de ter gratificação pela maternidade.

Tais aspectos podem contribuir para o surgimento de sintomas depressivos e, conseqüentemente, da DPP. Assim, podemos perceber que por ser um momento de grande alteração emocional, cada puérpera vive conforme suas próprias condições psíquicas, além de viver conforme fatores sociais, crenças e valores, que as fazem ter diferentes sentimentos. Se faz necessário acrescentar que a DPP pode surgir até mesmo em momentos considerados felizes, alegres, de

comemorações e de conquistas (CAMACHO *et al.*, 2006). Ao engravidar e posteriormente dar à luz um filho, a mulher passa por uma etapa especial, na qual expectativas são criadas não só por ela, mas por todos os seus familiares, que esperam apenas por alegrias com a chegada de mais um membro à família. Porém, algumas dificuldades podem surgir junto às mudanças, o que vai contra a idealização da maternidade construída ao longo dos séculos na sociedade.

Culturalmente, ainda se acredita que a mãe deva ser perfeita e fazer tudo por seu bebê, sem que haja falhas ou sentimentos ambivalentes. Essa expectativa torna-se um fardo muito pesado para as mães, que, ao perceberem a impossibilidade de corresponder ao esperado, sentem-se culpadas. Na ocasião do nascimento de um filho, a maioria das mulheres experimenta sentimentos contraditórios e inconciliáveis com a imagem idealizada de maternidade ditada pela cultura. Desta forma, estabelece-se um conflito entre o ideal e o vivido e instaura-se um sofrimento psíquico que pode se configurar como uma base para a depressão após o parto (AZEVEDO *et al.*, 2006).

As mulheres, ao gerarem seus filhos não precisam necessariamente saber agir logo de início, como se houvesse um instinto que lhes bastasse para serem mães perfeitas. Pelo contrário, é com o tempo e com a convivência com seus bebês, que as mulheres se tornam aptas a desenvolver suas funções maternas de forma satisfatória e saudável. Entretanto, o fato de muitas mães se sentirem forçadas a se adequarem às pressões da sociedade e se “adaptarem a uma visão romanceada deste estado” (AZEVEDO & ARRAIS, 2006, p. 275), pode lhes provocar grande ansiedade, assim como culpa, e vir a gerar conflitos considerados importantes no

desencadeamento da DPP (CORRÊA *et al.*, 2015).

“As pessoas acham que estar grávida é sempre algo maravilhoso. Muitas nem imaginam que a depressão possa ocorrer durante a gestação”, observou a coordenadora do Setor de Medicina Fetal do Hospital das Clínicas da FMRP-USP e vice-presidente da CNE em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério da Febrasgo. “Tem outro lado que é o estigma da doença mental. As mulheres sentem culpa e vergonha por estarem passando por isso em um momento tão importante na vida delas, mas não falam sobre o que estão sentindo. Elas omitem os sintomas e isso só aumenta a importância do nosso papel como profissionais de saúde. Todos nós, ginecologistas e obstetras, precisamos prestar atenção nessa mulher que já tem fatores de risco para depressão”, alertou Alessandra.

Prevenção no puerpério e gestação

Com o intuito de evitar o desenvolvimento da DPP, estratégias psicossociais podem ser adotadas afim de aliviar ou eliminar fatores de riscos psicossociais. Tais estratégias podem ser exemplificadas como iniciativas educativas, melhorias no atendimento do pré-natal e do puerpério e intervenções psicofarmacológicas.

As iniciativas educativas visam informar a mãe e núcleo familiar sobre o período do pós-parto como interação do binômio mãe-filho, relação da família com o bebê e desmitificar a maternidade idealizada. Tais informações têm como objetivo reduzir as ansiedades e diminuir o impacto dos riscos sociais.

Em relação as melhorias de atendimento do pré-natal e puerpério tem a

finalidade reduzir os fatores de riscos psicossociais do humor aumentando a atenção de saúde durante o período gestacional e logo após o parto. Um exemplo disso é o pré-natal psicológico (PNP) como psicoprofilaxia para a DPP, que apresentou resultados evidenciados por Bortoletti (2007), Cabral *et al.* (2012) e Arrais *et al.* (2012) como fator de proteção de DPP.

A abordagem psicoterapêutica do PNP apresenta um caráter de humanização da gestação, do parto, do pós-parto e da construção da parentalidade desencadeando uma maior promoção da saúde da mulher, saúde mental dos pais e da criança. A escuta qualificada e intervenção psicológica propostas nas ações do PNP traz como discussões as alterações geradas pela maternidade e paternidade, o bebê imaginário vs. bebê real, as alterações de libido na gestação/puerpério, plano de parto e conscientização dos direitos e necessidades do mesmo e acompanhar o vínculo pais-bebê, buscando atender as demandas do período gestacional e puerperal.

As intervenções psicofarmacológicas podem ser definidas por administração de antidepressivos como a nortriptilina e sertralina como profilaxia e, sobre essa conduta, são necessários maiores estudos sobre o momento de administração dos medicamentos e sua efetividade. Outra intervenção que pode ser utilizada é a suplementação dietética de cálcio e ácidos graxos ômega 3. Estratégias hormonais também podem ser aplicadas como o uso de estrogênio que já tem evidências como tratamento de mulheres com diagnóstico de depressão maior de moderada a grave com início no pós-parto. Tal abordagem é baseada na queda súbita dos hormônios no parto,

sendo uma possível causa biológica de alterações do humor.

CONCLUSÃO

Nota-se, dessa maneira, que a depressão pós-parto é um quadro subdiagnosticado. Ressalta-se a importância do rastreio a fim de prevenir a recorrência de casos e suprimir os indicadores na saúde pública. A terapêutica deve ser multidisciplinar, com a colaboração de psiquiatra, obstetra, pediatra e psicólogo associado a terapias adjuvantes. A linha de

tratamento é consoante a gravidade de cada caso.

Além disso, é inegável o persistente estigma sobre as patologias mentais na sociedade em geral. O pré-natal no Brasil é voltado para o desenvolvimento da criança, prevenção e a detecção precoce de doenças. É imprescindível que haja a implementação de uma triagem psicológica para as gestantes. Faz-se necessária a educação em saúde, a fim de desconstruir este estigma. As doenças mentais precisam ser tratadas com seriedade, para amenizar as consequências negativas para o binômio mãe e filho, afetando diretamente o núcleo familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5. APA, 2014

ARAUJO, A.C. & LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v. 16, p. 67, 2014.

ARRAIS, A. *et al.* O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. Saúde e Sociedade, v. 23, p. 251, 2014.

BORTOLETTI, F.F. Psicoprofilaxia no ciclo gravídico puerperal. In: BORTOLETTI, F.F. *et al.* Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. Barueri: Manole, 2007. p. 37.

CABRAL, D.S.R. *et al.* Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. Revista de Psicologia, Valinhos, v. 15, p. 53, 2012.

CAMACHO, R. *et al.* "Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Archives of Clinical Psychiatry, v. 33, p. 92, 2006.

CANTILINO, A. *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. Archives of Clinical Psychiatry, v. 37, p. 288, 2010.

CORREA, F. & SERRALHA, C. A depressão pós-parto e a figura materna: uma análise retrospectiva e contextual." Acta Colombiana de Psicología v. 18, p. 113, 2015.

COUTINHO, M. & SARAIVA, E. Depressão pós-parto: considerações teóricas. Estudos e pesquisas em psicologia, v. 8, p. 759, 2008.

DE SILVA, E. & BOTTI, N. Depressão puerperal—uma revisão de literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 7, p. 231, 2005.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Depressão pós parto: o abismo imenso que vai do diagnóstico ao tratamento adequado. Revista Femina, v. 48, 2020.

FIOCRUZ. Transtornos mentais durante a gravidez e pós-parto esbarram em estigma mostram pesquisadoras. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 16 de março de 2020. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/48306>. Acesso em: 18 mar. 2021.

FONSECA, A. & CANAVARRO, M. Depressão pós-parto. PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde—Ciclo, v. 1, p. 111, 2017.

IBIAPINA, F. *et al.* Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. Femina, v. 38, p. 161, 2010.

LACERDA, A. *et al.* Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed, 2009. 360p.

LOBATO, G. *et al.* Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 11, p. 369, 2011.

LY DO, T.K *et al.* Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. Biomed Research International, v. 2018, 4028913, 2018.

MATSUMURA, K. *et al.* Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). BMC Psychiatry, v. 19, p. 419, 2019.

MORAES, I.S. *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Revista Saúde Pública, v. 40, p. 65, 2005.

MOTTA, M. *et al.* Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 27, p. 165, 2005.

MUGHAL, S. *et al.* Postpartum Depression. In: Stat Pearls. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; November 21, 2020.

O'HARA, M. & MCCABE, J. Postpartum depression: current status and future directions. Annual Review of Clinical Psychology, v. 9, p. 379, 2013.

RUSCHI, G.E.C. *et al.* Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 29, p. 274, 2007.

SCHMIDT, E. *et al.* Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Psico-USF (Impr.) v. 10, 2005.

ŠEBELA, A. *et al.* Etiology, risk factors, and methods of postpartum depression prevention. Ceska Gynekologie, v. 83, p. 468, 2018.

SILVA, G.D. *et al.* Depressão pós-parto: prevenção e consequências. Revista Mal Estar e Subjetividade, v. III, p. 439, 2003.

SOARES, M & RODRIGUES, M. A percepção das puérperas acerca de depressão pós-parto. Comunicação em Ciências da Saúde, v. 29, p. 113, 2019.

ZINGA, D. *et al.* Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 27, s56, 2005.

CAPÍTULO 16

CANABIDIOL COMO POTENCIAL ANSIOLÍTICO NO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Palavras-chave: Ansiedade; Ansiolítico; Canabidiol

GIOVANNA GUIMARÃES BIASON¹
LUANA IZABELA AZEVEDO DE CARVALHO¹
THAYNARA CASTELO DE LIMA ALVES²
VICTÓRIA CRISTINA MENDONÇA FUJIMOTO²

1. Discente do curso de Medicina da Universidade do Estado do Amazonas.

2. Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas.



INTRODUÇÃO

A ansiedade é relacionada a sentimentos de medo, aflição, angústia, tristeza derivados de antecipação de perigo de algo desconhecido ou estranho (DA SILVA *et al.*, 2017). Hodiernamente, a ansiedade se manifesta como transtornos, quando ocorre em momentos indevidos, com frequência e é tão intensa e duradoura que interfere com as atividades diárias dos indivíduos. Os transtornos de ansiedade são, por exemplo: transtorno de ansiedade social (TAS), síndrome do pânico, agorafobia, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), fobia social, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Segundo dados publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2017, a prevalência mundial desses transtornos é de aproximadamente 3,6% (264 milhões) (PEIXOTO *et al.*, 2020).

Os tratamentos medicamentosos com efeitos ansiolíticos mais utilizados são o grupo de psicotrópicos constituídos pelos benzodiazepínicos (BZD). Porém os BZD podem apresentar efeitos colaterais, seja pela dose única ou pelo uso crônico (FÁVERO *et al.*, 2017). Devido a esse cenário, terapias farmacológicas alternativas estão sendo estudadas, como é o caso da *Cannabis sativa*, que vem sendo utilizada pelos seus efeitos depressores do Sistema Nervoso Central. Um dos seus princípios ativos, o Canabidiol (CBD), possui grande potencial ansiolítico (DA SILVA *et al.*, 2017).

O CBD consistentemente demonstra resultados clínicos satisfatórios em transtornos de ansiedade, com um perfil de efeitos adversos mínimos. No entanto, mais estudos com abordagens de dosagens e medições clínicas são necessários para

determinar a terapia medicamentosa eficaz para o CBD (SKELLEY *et al.*, 2019).

O presente estudo visa esclarecer e/ou comprovar as evidências científicas sobre a utilização do CBD para fins medicinais, relacionada ao controle da ansiedade e dos seus transtornos, além da possibilidade de terapia farmacológica frente aos demais psicotrópicos utilizados.

MÉTODO

O capítulo em questão trata-se de uma revisão narrativa de literatura voltada para a análise das resoluções acerca do uso do CBD, canabinoide presente na *Cannabis sativa*, como tratamento em transtornos de ansiedade. O estudo foi desenvolvido a partir de pesquisas de artigos científicos originais e revisões de literatura encontrados nas bases de dados: Arca, Google Acadêmico, LILACS, OASIS, PubMed, SciELO e ScienceDirect.

Foram selecionados os trabalhos com base nos critérios de inclusão: idiomas inglês, espanhol e português; publicados na íntegra com acesso livre, baseados nas palavras-chaves “ansiedade”, “ansiolítico”, “cannabis” e “canabidiol”. Os critérios de exclusão foram então aplicados: materiais que não tratavam diretamente sobre temática abordada, explanando a respeito de propriedades antieméticas, anti-inflamatórias e antipsicóticas, bem como uso recreativo da cannabis e abordagem a outras disfunções psiconeurológicas, a citar depressão, epilepsia e dor neuropática. Após a apuração de 48 trabalhos, houve debate e verificação excluindo mais uma vez aqueles que tinham enfoque no viés legal, farmacologia ou que abordaram de forma breve o tema em questão.

Sendo assim, após todos os critérios de seleção, restaram 15 trabalhos, publicados

entre fevereiro de 1982 e fevereiro de 2021, que reuniram informações indispensáveis para o presente estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos dados apresentados, foi observado que o CBD se apresenta como uma alternativa promissora ao tratamento convencional de transtornos de ansiedade, uma vez que os fármacos empregados, a citar os BZD, comumente manifestam efeitos colaterais significativos aos pacientes, como sonolência, dificuldade de concentração e amnésia anterógrada, podendo gerar intolerância ao uso do medicamento e/ou dependência química em casos de uso prolongado/crônico associada à abstinência e sua sintomatologia correspondente – irritabilidade, insônia, cefaleia, entre outros (PEIXOTO *et al.*, 2020).

A partir disso, o CBD surge como alternativa a tal tratamento, à medida que não produz efeitos colaterais exacerbados nem altera a capacidade cognitiva do usuário por ser ausente de efeitos psicomiméticos (fato este contraposto a demais compostos ativos da *Cannabis*, como o Tetra-hidrocanabinol – THC).

Ações ansiolíticas do canabidiol e interações com o organismo

Quanto à ação ansiolítica do CBD no organismo, estudos recentes apontam envolvimento com o Sistema Endocanabinoide – grupamento de receptores e enzimas que atuam no controle homeostático do organismo através da neuromodulação, envolvido na percepção do sentimento de ansiedade pelos indivíduos. Essa interação é responsável por regular a

ação dos receptores endocanabinoides (CB₁ e CB₂), com destaque ao CB₁, e/ou mimetizar a ação de seus ligantes endógenos – anandamida e 2-araquidonoilglicerol –, fazendo com que os níveis destes se mantenham elevados pelo efeito de inibição à recaptação e hidrólise de anandamida, influenciando positivamente a ocorrência da neuromodulação (CAMPOS *et al.*, 2013).

Além dos receptores endocanabinoides, cita-se a interação do Canabidiol com os receptores 5-HT_{1A} (serotoninérgicos) e TrpV1 (vaniloide tipo 1), presentes em áreas cerebrais relacionadas à manifestação e respostas de ansiedade, como o córtex pré-frontal, amígdala e hipocampo (serotoninérgicos) e substância cinzenta periaquedutal (vaniloide) (MELAS *et al.*, 2021; JÁCOME *et al.*, 2021; BLESSING *et al.*, 2015).

Paralelo a isso, menciona-se a interação do CBD com o Sistema Límbico (porção cerebral responsável por coordenar os comportamentos sociais e intimamente relacionado às emoções e sentimentos), à medida que reduz a ação do complexo amígdala-hipocampo, possuindo mecanismo de ação semelhante ao dos ansiolíticos convencionais (ABREU *et al.*, 2017).

Ensaio clínico e revisão de literatura

Dados experimentais da década de 80 já prenunciavam o uso do CBD como potencial ansiolítico, como verificado no estudo duplo-cego de Zuardi *et al.* (1982), realizado para evidenciar a interação entre o THC e o CBD. Os voluntários (jovens com média de 27 anos, saudáveis e sem uso de *Cannabis sativa* nos 15 dias anteriores) receberam THC, CBD, THC + CBD,

Diazepam (benzodiazepínico) e placebo, e os resultados demonstraram que o efeito ansiogênico induzido pelo THC havia sido consideravelmente diminuído com o uso combinado simultâneo de CBD, denotando, portanto, ação ansiolítica (SCHIER *et al.*, 2012).

Subsequentemente, foram realizados diversos ensaios clínicos envolvendo a medição da redução de ansiedade induzida pelo CBD, sendo de grande relevância as simulações de falar em público (TSFP), frequentemente referenciadas na literatura e validadas como eficazes para avaliação em casos de Transtorno de Ansiedade Social (TAS). A exemplo, tem-se o estudo de Bergamaschi *et al.* (2011), em que voluntários com TAS foram submetidos a um experimento duplo-cego randomizado com administração de uma dose única de CBD ou placebo, paralelamente a um grupo controle de indivíduos saudáveis que não receberam tratamento prévio antes da realização do teste. Os resultados demonstraram que os participantes que receberam a dose prévia de CBD apresentaram desempenho semelhante ao do grupo controle saudável e níveis de ansiedade reduzidos quando comparados aos que receberam somente o placebo, evidenciando efeito ansiolítico do CBD nas condições em questão.

Posologia, administração e indicações clínicas

No tocante à posologia do CBD, ainda permeiam divergências na literatura, especialmente pelo fato de a maioria dos trabalhos serem voltados ao uso da substância em dose única ou a curto-prazo, sendo escasso o conhecimento a respeito dos efeitos de uso crônico. Porém, é válida a menção de que esse apresenta uma curva de dose em formato de U

invertido, ou seja, doses extremas – muito baixas ou altas – demonstram-se pouco satisfatórias ou ineficazes em ação ansiolítica, sendo as doses intermediárias as mais recomendáveis (LINARES *et al.*, 2019). Salienta-se ainda que trabalhos como o de Sharpe *et al.* (2020) consideram o CBD isento de efeito ansiogênico em doses elevadas, mas pesquisas mais aprofundadas são necessárias para confirmar a validade de tal relato.

As formas de administração do CBD comumente referenciadas são: oral (ingestão), intravenosa, fumada e vaporizada (inalação), sendo a oral a predominante em ensaios clínicos. Em contrapartida, uma vez que as doses orais geralmente necessitam de quantidades maiores para serem absorvidas (300-600 mg) e apresentam biodisponibilidade limitada e variável, o uso vaporizado surge como alternativa, sendo sua absorção mais rápida, menos tóxica (comparada ao fumo) e menos invasiva (frente à via intravenosa), estimando-se doses menores do composto necessárias para surtir efeito no organismo (SOLOWIJ *et al.*, 2014). Entretanto, a viabilidade de uso da vaporização na prática clínica ainda é um ponto a ser discutido pela comunidade médica e farmacêutica.

As indicações clínicas de uso do CBD para o tratamento de transtornos de ansiedade também permanecem em aberto para futuros estudos, levando em consideração tanto o tipo de transtorno (TAS, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, agorafobia etc.) quanto à forma de manifestação em cada organismo, segundo suas particularidades individuais – possíveis efeitos colaterais, tolerância, porcentagem de resposta efetiva ao tratamento, entre outros.

CONCLUSÃO

Mediante o quadro de benefícios evidenciados em ensaios clínicos, o CBD vem ganhando cada vez mais espaço na temática de combate aos transtornos de ansiedade. Isso porque, essa terapia apresenta resultados satisfatórios que possuem menores efeitos colaterais quando comparados aos tratamentos convencionais.

Dessa forma, torna-se evidente o interesse em mais estudos a fim de expandir os experimentos de acordo com as múltiplas manifestações clínicas dos transtornos de ansiedade. Além disso, o incentivo à comunidade científica acerca da utilização desse composto é necessário para elucidação do uso terapêutico a longo prazo e precisão da posologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, J.F.A. *et al.* Efeitos ansiolíticos do canabidiol sobre o sistema nervoso central. Anais do II Congresso Norte-Mineiro de Neurociências. 2017;8-95. [Apresentado no II Congresso Norte-Mineiro de Neurociências; 2017 Jun 2-3; Montes Claros, MG]. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/160/61>. Acesso em: 18 mar. 2021.

BERGAMASCHI, M.M. *et al.* Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naïve social phobia patients. *Neuropsychopharmacology*, v. 36, p. 1219, 2011.

BLESSING, E.M. *et al.* Cannabidiol as a Potential Treatment for Anxiety Disorders. *Neurotherapeutics*, v. 12, p. 825, 2015.

CAMPOS, A.C. *et al.* The anxiolytic effect of cannabidiol on chronically stressed mice depends on hippocampal neurogenesis: involvement of the endocannabinoid system. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, v. 16, p. 1407, 2013.

DA SILVA, D.O.F. *et al.* O uso do canabidiol no tratamento da ansiedade. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, v. 6, p. 255, 2017.

FÁVERO, V.R. *et al.* Uso de ansiolíticos: abuso ou necessidade? *Visão Acadêmica*, v. 18, p. 98, 2017.

JÁCOME, D.C. *et al.* Perfil antipsicótico do canabidiol: uma revisão. In: SANTANA, Maria Luzia da Silva (org.). *Saúde Mental: Teoria e Intervenção*. Ponta Grossa: Atena, 2019. Cap. 10. p. 99.

LINARES, I.M. *et al.* O canabidiol apresenta uma curva de dose-resposta em forma de U invertido em um teste simulado de falar em público. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 41, p. 9, 2019.

MELAS, P.A. *et al.* Cannabidiol as a potential treatment for anxiety and mood disorders: molecular targets and epigenetic insights from preclinical research. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 22, p. 1863, 2021.

PEIXOTO, L.S.F. *et al.* Ansiedade: o uso da Cannabissativa como terapia alternativa frente aos benzodiazepínicos. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, p. 50502, 2020.

SCHIER, A.R.D.M. *et al.* Canabidiol, um componente da Cannabis sativa, como um ansiolítico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, p. 104, 2012.

SHARPE, L. *et al.* Cannabis, a cause for anxiety? A critical appraisal of the anxiogenic and anxiolytic properties. *Journal of Translational Medicine*, v. 18, p. 374, 2020.

SKELLEY, J.W. *et al.* Use of cannabidiol in anxiety and anxiety-related disorders. *Journal of the American Pharmacists Association*, v. 60, p. 253, 2019.

SOLOWIJ, N. *et al.* A protocol for the delivery of cannabidiol (CBD) and combined CBD and Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) by vaporisation. *BMC Pharmacology and Toxicology*, v. 15, p. 1, 2014.

STITH, S.S. *et al.* The effectiveness of inhaled Cannabis flower for the treatment of agitation/irritability, anxiety, and common stress. *Journal of Cannabis Research*, v. 2, p. 47, 2020.

ZUARDI, A.W. *et al.* Action of cannabidiol on the anxiety and other effects produced by delta 9-THC in normal subjects. *Psychopharmacology*, v. 76, p. 245, 1982.

CAPÍTULO 17

EFEITO WERTHER E A INFLUÊNCIA DA MÍDIA SOBRE O SUICÍDIO COPIADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Palavras-chave: Suicídio; Mídia; Efeito-Werther

MATHEUS RIBEIRO DE MEDEIROS¹
FABIANA DE ANDRADE REIS²
FABRÍCIO GABRIEL FREITAS LIMA³
RAYSSA DA SILVA SOUSA⁴

1. Discente do Curso de Enfermagem da Universidade da Amazônia - UNAMA.
2. Discente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade da Amazônia - UNAMA.
3. Enfermeiro graduado pela Universidade da Amazônia - UNAMA.
4. Enfermeira graduada pela Universidade da Amazônia - UNAMA.



INTRODUÇÃO

O termo suicida, criado em 1737 por Desfontaine, vem do latim *sui* (= "a si") + *cida* (=que mata), ou seja, suicídio significa "matar a si", apontado pelo autor como refúgio para o sofrimento insuportável. De origem multifatorial, atualmente é uma das principais causas de morte no mundo com tendência crescente, totalizando 800 mil mortes, conforme o relatório "*Suicide in the World-Global Health Estimates*" de 2019. Houve crescimento estatisticamente significativo da mortalidade por suicídio entre adolescentes, passando de 1,71 por 100.000 habitantes em 2000 para 2,51 em 2015, um crescimento de 47% (CERQUEIRA, 2020).

Para Félix (2016), dentre as razões para o desfecho de uma tentativa contra a própria vida, incluem-se: relações interpessoais e a influência da mídia. Posto isto, o convívio mórbido e as interações com pessoas que possuem pensamentos de morte, podem ser fatores de risco significativos para a ideação suicida, induzindo seus contatos à propensão do ato e transcrevendo o suicídio copiado. Após o lançamento do romance "Os sofrimentos do jovem Werther", de Johann Wolfgang Goethe, lançado em 1774, que provocou uma grande onda de suicídios, este evento recebeu o nome de "efeito Werther": suicídios por imitação.

Friedrich e Rebouças (2017), reforçam que os discursos da mídia são responsáveis pela construção social da realidade, pautando as relações simbólicas entre sujeitos e meio social, isto é, as mensagens que circulam nos meios de comunicação sistematizam o senso comum, podendo ser um canal de proliferação de estereótipos e, considerando a acessibilidade dos meios, causar uma reação em cadeia.

Estudos apontam a mídia como o terceiro fator de morte por suicídio entre jovens de 15 a 25 anos. Destacando um aumento nos anos de 2017 e 2018, após a exibição de algumas produções ficcionais, das quais o comportamento autodestrutivo foi descrito como "sensacionalismo irresponsável", influenciando principalmente esta faixa etária que enfrenta um processo de difusão da identidade cultural, com relações pautadas na superficialidade e rapidez, acarretando na desestruturação psíquica (Ferreira e Reis, 2020).

O consumo midiático constrói um estilo de vida que orienta sistemas de significação, condicionando potenciais suicidas através da propagação de notícias ou debates em seus canais. Em 2006, o Brasil lança o "Manual de Prevenção ao Suicídio", como estratégia destinada aos profissionais de saúde. O manual apresenta os comportamentos e sinais de pessoas em risco de suicídio, abordando a importância das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, fornecendo à estas informações para abordagem ao paciente e encaminhamento para o tratamento.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi apresentar evidências relacionadas ao Efeito Werther e a influência da mídia sobre o suicídio copiado.

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, permitindo a inclusão simultânea de pesquisa quase-experimental e experimental,

combinando dados de literatura teórica e empírica (ERCOLE *et al.*, 2014).

A pergunta elaborada como questão norteadora da Revisão Integrativa da Literatura foi: Quais as evidências entre a influência da mídia sobre o suicídio copiado? A busca dos estudos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e no Google Acadêmico. Utilizou-se em algumas buscas a técnica booleana de descritores em Ciências da Saúde (DeCS) indexados, assim foram utilizados na língua portuguesa os descritores: Suicídio; Mídia; Efeito Werther.

Foram incluídos artigos publicados em inglês, espanhol e português que apresentavam levantamentos sobre a utilização da mídia com o suicídio "possível" desencadeador do Efeito Werther. Como critérios de exclusão foram eleitos: referências que não tinham resumo ou acesso gratuito ao texto completo on-line, artigos repetidos ou publicados em outros idiomas. Não houve definição de um período de publicação.

No total, foram encontrados 117 manuscritos onde, destes, 17 são da base de dados BIREME e 100 do Google Acadêmico, dos quais, 80 não possuíam resumo e assim, foram excluídos. Posteriormente, após a leitura dos 37 manuscritos restantes, apenas 19 artigos foram selecionados para este estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam que o comportamento em cadeia, influenciado pela mídia, perpassa séculos, desde as primeiras publicações de livros referentes a esta temática até o advento da internet e suas ferramentas sociais, tornando adolescentes e jovens os grupos mais afetados no que diz

respeito à formação de crenças e pensamentos autodestrutivos relacionados às ações em cadeia.

Hwang e Kovács (2019), explicam que a mídia se caracteriza como canal que permite a interação de pessoas partir do compartilhamento e da criação colaborativa de informação com o poder de propagação de ideias, possibilitando uma visão de mundo alterada, principalmente entre jovens e adolescentes em difusão da identidade cultural, com relações pautadas na superficialidade e rapidez. Esta instabilidade pode acarretar na desestruturação psíquica, acrescentando ao risco de autodestruição.

Tal percursor se dá principalmente nos jovens e adolescentes que enfrentam o processo de desenvolvimento e suas grandes mudanças cognitivas, físicas e sociais, tornando-se um grupo de risco para o suicídio em seu efeito contágio, uma vez que, segundo Rodrigues *et al.* (2010), 94% deles sofrem influência forte ou moderada da mídia.

Neste contexto, Desidério (2019), afirma que a temática do suicídio atualmente tem sido retratada e disseminada por diversas produções televisivas, cinematográficas e literárias, sendo difundida como conteúdo “responsável”, ao qual dispõe de fragmentos contributivos, bem como reflexivos para com a sociedade. Porém, estes discursos podem ser interpretados de múltiplas formas, possuindo efeito de influência principalmente para o público juvenil.

A probabilidade do efeito contágio é tão prevalente que estudos apontam a mídia como a terceira causa de morte por suicídio entre jovens de 15 a 25 anos. Destacando um aumento crescente nos anos de 2017 e 2018, após a exibição de algumas produções ficcionais, onde descreveram o

comportamento autodestrutivo como “sensacionalismo irresponsável” (FERREIRA e REIS, 2020).

O crescimento nos índices de atos ou tentativas de suicídio e autolesões, compactua com o aumento de uso das tecnologias digitais através do acesso à internet, mediante às diversas possibilidades de navegação e contato com sites onde há conteúdos relacionados ao tema, tornando-se potencial significativo de dano através do comportamento online, propiciando desde a banalização do suicídio ao seu possível desencadeamento, competição e efeito contágio (MARCHANT *et al.*, 2017).

Após o advento da internet e seus recursos, como as redes sociais, o suicida se reconfigura para uma vítima de sua fisiologia cerebral, diante de decepções amorosas, das misérias humanas, calamidades sociais; identifica-se como vítima de uma organização política e econômica que conduz à perda de função e ao desespero, em uma vida desprovida de sentido, a morte aparentemente sem razão (BOTEGA, 2015).

O termo Efeito Werther foi criado em 1974 por Phillips como referência ao romance de 1774 por Goethe intitulado “Os Sofrimentos do Jovem Werther”, retratando o caso de um homem que comete suicídio por se apaixonar por uma mulher que irá casar com outra pessoa. Após sua publicação, houve uma profusão de suicídios por imitação de muitas pessoas na Europa que se mataram usando uma pistola e roupas parecidas com as do protagonista (CAIS, 2011).

De igual modo, a divulgação da morte de pessoas públicas influencia na reação em cadeia, como o caso da atriz e cantora Marilyn Monroe que, com a divulgação de sua morte, os índices de suicídio aumentaram 12%. Episódio semelhante ao do ator estadunidense

Robin Willians, que cometeu suicídio em agosto de 2014 que por consequência promoveu o aumento de quase 10% nos índices de suicídios dos Estados Unidos nos meses subsequentes ao ocorrido, aos quais com o ritmo projetado, seriam 16.849 casos de suicídio, mas naquele ano, ocorreram 18.690 mortes similares à do ator (FABIO, 2018).

A psicóloga e diretora do Instituto Vita Alere – SP, Karen Scavacini, afirma que o suicídio por imitação acontece quando a pessoa se apresenta em um estado de vulnerabilidade. Segundo a especialista, a maior probabilidade de ocorrência do suicídio por imitação se dá por intermédio da identificação com um personagem, uma pessoa pública ou até mesmo um colega de escola (BRITO, 2019).

A Organização Mundial da Saúde revela, em seu manual de prevenção ao suicídio voltado aos profissionais da mídia, um levantamento de mais de 50 pesquisas realizadas sobre suicídios por imitação. Indicando que o pico de contágio por influência da mídia acontece nos três primeiros dias de disseminação das notícias, estimulando ainda o nível de suicídios nas duas semanas subsequentes ou até mesmo por um maior período de tempo (WHO, 2008).

No que diz respeito aos casos de suicídio que envolvem a internet, Pereira e Botti (2017), informam que as redes sociais mais utilizadas são Facebook (83%) WhatsApp (58%) e YouTube (17%), propagando o cibersuicídio através da existência de desafios virtuais como, o jogo da baleia azul de origem Russa, que consiste em um conjunto de 50 desafios com o objetivo final de suicídio do jogador. Outro caso recente que também contribuiu para o suicídio de adolescentes é o da boneca Momo, onde em Recife, uma criança de nove anos teria se

enforcado no quintal de casa, e sua mãe supõe que tenha sido por influência de seus “desafios”.

As produções televisivas e cinematográficas também constituem um fator de influência sobre o suicídio. Segundo a BBC News, em um levantamento realizado pelo Governo Americano publicado no *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, as séries *13 Reasons Why* e *Euphoria* teriam sido associadas ao aumento de número de casos reais em inúmeros países do mundo, onde a primeira série estaria estreitamente relacionada ao aumento de 28,9% dos casos de suicídio entre crianças e adolescentes nos EUA.

Estatísticas de outros países

O suicídio é uma tragédia que afeta famílias, comunidades e países inteiros e tem efeitos duradouros sobre as pessoas deixadas para trás. Presente nos 35 países das Américas, com média de 800 mil mortes segundo a OMS em 2018, levando a taxa de 10,7/100 mil habitantes. Os índices de tentativas são 20 vezes maiores, caracterizando a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos, atrás apenas dos acidentes de trânsito (ANDRADE, 2019). Incluindo o Brasil onde ocupa a oitava posição no ranking de maiores índices do suicídio, após países como Índia, China, Estados Unidos, Rússia, Japão, Coreia do Sul e Paquistão, territórios de baixa e média renda ocupam 79% dos casos (WHO, 2018).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que as ferramentas midiáticas portam poderosa

influência sobre a conduta de indivíduos em sofrimento psíquico e substancialmente de adolescentes e jovens que, através de seus canais de comunicação virtual são levados a atentarem contra a própria vida por meio de jogos, desafios ou mesmo pela propagação de notícias referentes ao suicídio de um artista ou pessoa pública de referência, bem como pelas produções literárias e ficcionais que retratam o suicídio como ato heroico ou essencialmente romântico.

Por consequência, torna-se cada vez mais possível e frequente a observação de episódios de suicídio em função do Efeito Werther, que denomina a conduta imitativa do suicídio por influências externas e motivações possivelmente evitáveis pela filtragem do conteúdo consumido pelo público jovem, assim como a orientação e cuidados em saúde mental de forma preventiva à estes eventos, dado que pessoas em sofrimento se apresentam mais vulneráveis à estas motivações suicidas.

Esta situação representa um problema de saúde mundial que permeia por diversas culturas ao longo da história e que, contraditoriamente vem ganhando força com a expansão dos recursos midiáticos em um cenário global cada vez mais tecnológico e virtual. Apontando para as necessidades de estudos abrangendo a temática suicídio em todas as suas ramificações, tipos e manifestações, fortalecendo a criação de condutas e estratégias, exequíveis e eficazes para facilitar intervenções possíveis aos profissionais da saúde mental e aos familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, J.V. Suicídio na contemporaneidade. Revista Ponto de Vista, v. 1, p. 136, 2019.

BBC. 13 Reasons Why está ligada a aumento de suicídios entre jovens nos EUA, diz estudo do governo americano, 2019. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-48112247>>. Acesso em: 09 abr. 2021.

BOTEGA, N.J, editor. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília DF., ago. 2006. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/portaria_no_1.876_de_14_de_agosto_de_2006.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRITO, C. Efeito Werther: como um suicídio pode afetar outras pessoas, 2019. Disponível em: <<https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2019/09/efeito-werther-como-um-suicidio-pode-afetar-outras-pessoas.html>>. Acesso em: 09 abr. 2021.

CAIS, C.F.S. Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP [doutorado]. - Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2011.

CERQUEIRA, L.F. Suicídio na Velhice: sob a ótica da Psicanálise. Revista Longevidade, v. 12, p. 17, 2020.

DESIDÉRIO, R.D, editor. Sexualidade em cena: discursos midiáticos e suas múltiplas leituras. São Carlos: Pedro & João; 2019.

ERCOLE, F.F. *et al.* Revisão integrativa versus revisão sistemática. Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, p. 1, 2014.

FABIO, A.C. O “efeito contágio” do suicídio de Robin Williams, segundo esta pesquisa. Nexo Jornal, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2OiKyI9>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

FÉLIX, T.A. *et al.* Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. Revista Contexto & Saúde, v. 16, p. 173, 2016.

FERREIRA, R.C. & REIS, K. A. S. Evidências entre a mídia e o suicídio: Efeito contágio das produções jornalísticas e ficcionais. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde – Fiocruz, v. 14, p. 1, 2020.

FRIEDRICH, M. & REBOUÇAS, E. Suicídio como pauta jornalística: condutas midiáticas e posturas perante à problemática. v. 19, p. 2175, 2017. [Apresentado no Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação; 2017 Set 1-17; Curitiba, BR].

HWANG, E. & KOVÁCS, M. J. Suicídio por contágio e o papel das mídias de comunicação em massa. Revista M: Estudos Sobre a Morte, Os Mortos E O Morrer, v. 4, p. 77, 2019.

MARCHANT, A. *et al.* Uma revisão sistemática da relação entre o uso da internet, automutilação e comportamento suicida em jovens: o bom, o mau e o desconhecido. Plos One, v. 13, p. 35, 2017.

PEREIRA, C.C. & BOTTI, M.N.C.L. O suicídio na comunicação das redes sociais virtuais: Revisão integrativa da literatura. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, v. 17, p. 1, 2017.

RODRIGUES, A. *et al.* A influência da mídia na vida de adolescentes. Relação entre estética, consumismo e as psicopatologias. Revista EFDEPORTS, v. 15, p. 149, 2010.

WHO. Organização Mundial da Saúde divulga novas estatísticas mundiais de saúde, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5676:organizacao-mundial-da-saude-divulga-novas-estatisticas-mundiais-de-saude&Itemid=843>. Acesso em: 09 abr. 2021.

WHO. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva: International. Association for Suicide Prevention, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_2017/en/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

CAPÍTULO 18

COVID-19 E O REFLEXO DO AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE SUICÍDIOS EM 2020

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária; Suicídio

ANA CAROLINA DA SILVA BASTOS²

ANA PAULA ROCHA²

CAMILA BARCELLOS²

ESTÊVAN CALVI CÔGO²

GISELI COSTELLA²

GUILHERME H. J. PEREIRA²

JOSIMAR KAPPS¹

LEONARDO PERES MORAES²

LUIZA GABRIELA COSTA²

MAURYCIA LIMA DE OLIVEIRA²

MURILO ELIAS FRONZA²

PATRÍCIA GABRIELA RIDEL²

RAFAELA DA S. VIEIRA DE MELLO²

1. Diretor de Pesquisas, Produção, Desenvolvimento e Inovação (PD&I) da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas em Saúde da Família (ALASF)

2. Pesquisadores de Produção PD&I da ALASF.

INTRODUÇÃO

O suicídio surge de um fator multifatorial de intensidade complexa. Resultado da interação entre diversos fatores que permeiam a vida do ser humano, com achados por aspectos culturais, psicológicos, econômicos, sociais, etc., que passam a contribuir com o desenvolvimento do indivíduo. O suicídio pode acontecer de um modo completamente inesperado, na qual, os indivíduos, na maioria das vezes, não demonstram ter o perfil de alguém que cometeria tal ato, muitas vezes tendo a origem deste fato, pela dificuldade da compreensão de razão dos seus sentimentos. Todavia, grande parte dos casos podem ser evitados, como através do método de escuta-ativa, surgindo daí a importância de se discutir acerca desta problemática, a qual vem se tornando cada vez mais um desafio para a saúde pública. Por esta razão, surge a necessidade da capacitação dos profissionais da Atenção Primária, a fim de promover uma maior identificação do problema, melhor abordagem e direcionamento aos cuidados indispensáveis no suporte à saúde mental do cidadão (OMS, 2000).

A presença do suicídio em meio à sociedade e sua discussão não é um tópico recente. No entanto, a globalização facilitou o reconhecimento desse fato como algo frequente no convívio humano, assim como, ressignificou os vieses relacionados a ele, a exemplo, a inserção dos meios virtuais no cotidiano e suas consequências psíquicas diante da alta exposição diária em redes sociais, onde, com base na teoria das relações sociais, são expostas figuras positivas a respeito de um tópico, desnortando a imagem real e potencial dentro de sua perspectiva.

O mito de Sísifo, um ensaio filosófico criado pelo pensador Albert Camus em 1941, expõe o dilema do personagem mitológico Sísifo que não consegue atingir o seu objetivo de empurrar uma pedra até o topo de uma montanha, pois a mesma sempre acabava caindo, o que invalidaria todo o seu esforço. Assim, Sísifo dialoga com a possibilidade do suicídio de forma a considerá-lo como uma saída plausível ao seu sofrimento e obter algum sentido para sua vida. Transpondo esse universo, de maneira atemporal, a condição do personagem é semelhante ao que acontece na vida de muitos que pensam em tentar suicídio, na medida em que a busca por minimizar as questões que assolam a vida do indivíduo acabam veiculando esse pensamento, o que demonstra a influência dos aspectos psicoemocionais no poder de decisão e escolha pelo ato (LACAN, 1999).

Este estudo possui como objetivo apresentar a correlação das teorias sociais modernas sobre o efeito da visão da pandemia por COVID-19, sustentando a importância do cuidado através da visão na Saúde da Família.

MÉTODO

Revisão exploratória de base qualitativa realizada por meio de bases de dados da LILACS, Cochrane Brasil, SciELO e Google Escolar, com artigos de 2010 a 2020, objetivando sustentar o discurso de importância da prevenção relacionada ao suicídio sobre a esfera da Atenção Primária em Saúde. Foram utilizados os descritores “atenção básica” e “suicídio”, a fim de se obter os tópicos relacionados para fechamento dos resultados e discussão, além do operador “and” afim de agrupar os tópicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores associados ao suicídio

A cada 40 segundos, uma pessoa comete suicídio no mundo, e, para cada pessoa que comete suicídio, outras 20 tentam. Sobre esse cenário, a maior parte das pessoas com tendência a cometer suicídio possuem algum transtorno psiquiátrico diagnosticável, como a depressão, alcoolismo, esquizofrenia, ansiedade e transtornos de personalidade. Essa situação é agravada pelo fato de que além dos fatores de risco citados, muitos pacientes não procuram o suporte de um profissional de saúde, até mesmo em países desenvolvidos, o que acentua a maior suscetibilidade do indivíduo ao suicídio (OMS, 2000).

Além dos fatores de risco citados acima, a violência familiar e comunitária, assim como a ansiedade social, a baixa autoestima e a baixa autoeficácia, também são identificadas. A autoestima é o reconhecimento dos valores intrínsecos a cada pessoa, já a autoeficácia é o poder de crença que um indivíduo possui em si mesmo e na sua capacidade resolutiva diante dos desafios. Em relação à violência, pode-se observar uma situação de vulnerabilidade do indivíduo que a vivência, fazendo com que ele não consiga lidar com essa questão, o que pode ocasionar em transtornos que visem o suicídio como uma alternativa a ser escolhida. Enquanto isso, a ansiedade social apresenta-se por altos níveis de ansiedade dos indivíduos frente ao convívio com outras pessoas, o que pode acarretar no isolamento social, condição que influencia nos fatores protetivos, como a autoestima e a autoeficácia, considerados importantes indicadores de saúde mental (PEREIRA *et al.*, 2018).

Saúde mental e os possíveis casos de suicídio decorrentes da pandemia por COVID-19

A atual pandemia de COVID-19, impôs para a sociedade o distanciamento físico e social na tentativa de conter o avanço e a disseminação da doença. A necessidade de permanecer em casa foi uma medida extrema que modificou completamente a vida de todos, pois isso impactou significativamente a rotina das pessoas, nos empregos, nos centros de ensino e no ambiente doméstico. Além disso, o distanciamento social, somados às dificuldades econômicas e ao volume de informações equivocadas e inconsistentes, bem como a insegurança do momento, também repercutiu na saúde mental de muitas pessoas. Nesse sentido, estudos apontam que a pandemia da COVID-19 está associada a angústia, ansiedade, estresse, medo de contágio, raiva, solidão, insônia, depressão e em alguns casos mais extremos, as tentativas de suicídio e o suicídio real na população em geral e entre profissionais de saúde.

Embora a maior parte da atenção global tenha sido focada no tratamento das complicações respiratórias e cardiovasculares da doença, alguns autores chamam a atenção para as complicações em decorrência das questões psicológicas. De acordo com a Teoria Interpessoal do Suicídio, o risco de suicídio aumenta quando existem frustrações e períodos de isolamento social. Nesse sentido, existem evidências anteriores, como durante a pandemia de Influenza de 1918-1919, nos EUA, e entre a população idosa em Hong Kong durante a epidemia de SARS de 2003 (GUNNELL *et al.*, 2020), que mostram que essas e outras populações afetadas por epidemias de doenças contagiosas, tiveram como consequência o risco aumentado de suicídios. Ademais, estudos mais recentes

informam que casos de estresse pós-traumático foram prevalentes em 7% dos visitantes e muitos residentes de Wuhan durante o início do surto da COVID-19.

O primeiro caso de suicídio associado à pandemia da COVID-19 noticiado pelas mídias, ocorreu na Índia em fevereiro de 2020, onde um homem tirou a própria vida ao retornar para a cidade em que morava a fim de evitar a disseminação do vírus para outras pessoas. Nesse sentido, outro caso semelhante ocorreu no sul da Índia, em março de 2020, na qual um homem supostamente contaminado pelo vírus, cometeu suicídio após sofrer preconceito por seus vizinhos. Esses são apenas alguns casos relacionados a pandemia, contudo, estima-se que as sequelas psicológicas persistirão nos próximos anos.

A esse respeito as pessoas mais suscetíveis a cometer suicídio no período de pandemia são aqueles que já tem algum grau de problema de cunho mental, como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático, especialmente aqueles não tratados. Outro grupo de alto risco para o suicídio são os trabalhadores da área da saúde (SCHUCK, 2021). As jornadas de trabalho incessantes dos profissionais da saúde e a pressão gerada pela responsabilidade de curar os pacientes doentes, observada nos serviços de urgência, nas unidades de cuidados intensivos e nas outras estruturas de saúde dedicadas a atender os doentes infectados com SARS-CoV-2, aliado à impotência de salvar a vida de muitos deles e ao medo constante de contrair a infecção, são fatores que podem levar ao aparecimento de uma reação emocional crônica chamada Burnout.

O Burnout é um transtorno psíquico de cunho depressivo, caracterizado por desmotivação, desinteresse e um mal-estar geral na relação com o trabalho. Este cansaço

emocional progride para sentimentos de inadequação e fracasso com quebra do rendimento laboral, conduzindo a absentismo e negligência. O indivíduo entra num estado de exaustão, uma vez que se esgotaram todos os seus recursos adaptativos face a um ambiente laboral que se revelou hostil (AFONSO & FIGUEIRA, 2020) e isso aumenta ainda mais a chance de desfechos trágicos como o suicídio.

A pandemia da COVID-19 trouxe à tona transtornos de ordem psicológica, uma vez que, nesse período, observou-se um aumento de pessoas sofrendo de depressão, ansiedade, medo, entre tantas outras condições, além do esgotamento mental dos profissionais da saúde. Isso chama a atenção para a importância da detecção precoce de problemas de cunho mental, pois muitas vezes, eles podem ser gatilhos para questões ainda mais graves como o suicídio. Dessa maneira, o suicídio figura-se como é um importante problema de saúde pública e necessita que haja intervenções, a fim de evitar mais morbimortalidade e diminuir o fardo sobre os sistemas de saúde que já estão demasiadamente sobrecarregados.

Perfil Epidemiológico

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) no período de 2011 a 2018, foram notificados 339.730 casos de violência autoprovocada, dos quais, 154.279 (45,4%) ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 103.881 (67,3%) mulheres e 50.388 (32,7%) homens. Dez registros tiveram o sexo da pessoa ignorado. Os estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná, e os estados de Sergipe e Amapá foram os que menos notificaram casos. Das 154.279 notificações, 52.444

(34,0%) puderam ser classificados como tentativas de suicídio.

O perfil dos jovens 15 a 29 anos com notificação de violência autoprovocada mostra que eram predominantemente brancos (47,5%), com ensino médio incompleto ou completo (33,7%); e que 19,5% dos casos apresentou alguma deficiência/ transtorno, residindo nas regiões Sudeste (48,8%) ou Sul (24,6%) do Brasil, na zona urbana (89,4%).

A violência autoprovocada ocorreu predominantemente em à residência (79,6%), sendo maior em mulheres (83,0%) do que em homens (72,6%), seguido da via pública (6,3%), mais frequente em homens (10%) do que em mulheres (4,5%). Foi identificada a recorrência da autoagressão em 31,9% dos casos, com maior frequência entre mulheres (33,6%) que em homens (28,6%). Quanto à forma de agressão, o envenenamento foi mais frequente (50,4%), seguido pelos objetos perfurocortantes (17,8%). Observou-se ainda maiores proporções de violências com meios de maior letalidade (enforcamento e armas de fogo) entre homens.

Referente aos óbitos por suicídio o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) traz que no período de 2011 a 2017 foram registrados 80.352 óbitos por suicídio na população a partir de 10 anos, dos quais 21.790 (27,3%) ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 17.221 (79%) no sexo masculino e 4.567 (21%) no feminino. Entre 2011 e 2017 verificou-se um aumento no número de óbitos por suicídio entre os jovens de 15 a 29 anos, sendo 8,7% entre os homens e 7,3% entre as mulheres.

Comparando os anos de 2011 e 2017, houve um aumento de 10% na taxa de mortalidade por suicídio. A maioria das Unidades da Federação (UF) apresentou aumento de mortalidade por suicídio, com

exceção de Roraima, Amazonas, Ceará, Minas Gerais, Sergipe, São Paulo, Rio Grande do Norte e Alagoas.

O perfil dos jovens de 15 a 29 anos que se suicidaram no período de 2011 a 2017 era majoritariamente do sexo masculino (79%), negros (54,9%), com 4 a 11 anos de estudo (58,2%), e de situação conjugal solteira, viúva ou divorciada (84%). O sexo feminino apresentou perfil semelhante.

Em relação ao local de ocorrência do óbito, o domicílio foi o local mais frequente (57,3%), com discretamente predominância no sexo masculino (58,4%) em relação ao feminino (53,3%). O segundo local mais frequente foi o hospital (17,6%), onde predomina o feminino (29%), masculino (14,6%). O enforcamento foi o meio mais frequentemente utilizado para o suicídio, mais frequente no sexo masculino (70,3%) do que no feminino (53,8%), seguido da intoxicação exógena mais frequente no sexo feminino (28,0%) do que no masculino (11,9%). A arma de fogo foi utilizada por 8,7% homens (8,7%) e 4,6% mulheres. Quanto à região do país, 36,5% as pessoas que cometeram suicídio residiam no Sudeste e 25,3% no Nordeste do país.

Prevenção do Suicídio

Estratégias para prevenção do suicídio fazem parte do trabalho das equipes multiprofissionais de atenção básica, tendo em vista que este fenômeno se tornou um problema de saúde pública. Realizar ações de prevenção do suicídio não é tarefa fácil e necessita de conhecimento a respeito do contexto social da comunidade em que a equipe atua para adaptar as intervenções a realidade em que vivem os indivíduos a serem abordados (CONTE *et al.*, 2012). O tema

ganhou destaque e 2006 quando o Ministério da Saúde lançou o programa nacional de prevenção ao suicídio.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013) o grande desafio de realizar tais ações é entender a complexidade deste fenômeno e do sofrimento mental em que o indivíduo com ideação suicida se encontra. Existem dados atuais que evidenciam os fatores de risco para o suicídio, porém o questionamento é como intervir nesses fatores de risco? Há três formas para realizar tais ações sendo elas, universais, seletivas e específicas. Cada intervenção possui características particulares, a intervenção universal, tem o objetivo de alcançar a população em geral, a seletiva busca ações próprias a população que apresenta fatores de risco e a específica apresenta ações para indivíduos que manifestam ideação suicida (CONTE, *et al.*, 2012).

Abordagens universais podem ser realizadas em escolas, empresas, postos de saúde, através das mídias sociais, com o objetivo de atingir e conscientizar a população em geral. No caso de intervenções seletivas são realizadas atividades para grupos vulneráveis, que apresentam fatores de risco para o suicídio como: diagnóstico de transtorno mental, abuso de álcool e drogas e situação de violência. As ações específicas buscam intervir quando o indivíduo demonstra ideação suicida, nestes casos, é necessário realizar o acolhimento e escuta ativa, sempre respeitando a individualidade de cada paciente. Desta forma, torna-se possível iniciar a formação de vínculo com o profissional de saúde e o cuidado integrado.

Este vínculo criado entre profissional de saúde/comunidade, faz jus ao princípio da longitudinalidade do cuidado expressa pela Política Nacional de Atenção Básica. Logo,

esta interação pode agir diretamente como estratégia de promoção do cuidado à saúde mental dentro de uma população adscrita. Por outro lado, quando há a quebra desta interação, existe a possibilidade do agravamento, a iniquidade em saúde e a recidiva de novas doenças (MOREIRA *et al.*, 2021).

Cuidados aos sobreviventes do suicídio

A perda é um dos fenômenos universais da existência humana, pois acomete todas as pessoas em alguma fase da vida. Cada um lida com a perda da sua própria maneira, mas o que todos temos em comum é a dificuldade de lidar com a ausência do que foi perdido.

Um dos grandes problemas enfrentados após o ato do suicídio é a situação de familiares, amigos e pessoas que eram afetivamente próximas e que lidam com diferentes sentimentos oriundos da perda de alguém muito importante. O suicídio por ser uma morte repentina e violenta geralmente causa sentimentos como culpa e impotência e é preciso um grande esforço psíquico na vivência do luto, somado ao fato de ser uma morte extremamente estigmatizada. Sabe-se que a cada suicídio consumado, cerca de 6 pessoas são afetadas.

A literatura internacional apresenta vários termos para descrever quem passa por uma perda por um suicídio, incluindo *survivor*, *suicide survivor*, *survivor of suicide*, *survivor after suicide*, *suicide loss survivor*, *bereaved by suicide*, *bereaved through suicide*; no Brasil, o principal termo usado seria sobrevivente enlutado. Esse indivíduo experimenta um conjunto de respostas fisiológicas, psicológicas, sociais e comportamentais frente à perda. Muitas

vezes, o enlutado não perde “somente” a pessoa em si, mas também o apoio do círculo social e familiar, uma fonte de renda, um projeto de vida.

Em um estudo de Lindemann (1944), baseado na experiência de cuidado de 101 familiares das vítimas do incêndio na boate Cocunot Grove, em Boston, que vitimou 500 pessoas, ele verificou a existência de um quadro similar de sintomas somáticos entre pessoas que estavam vivenciando o luto. Essas pessoas sentiam ondas de desconforto que incluía fôlego curto, respiração ofegante, aperto na garganta, sensação de vazio no estômago, perda de força muscular e, fortemente, exaustão física. Enlutados também rotineiramente desenvolvem reações de hostilidade e raiva do causador da sua dor, que pode ser Deus, um familiar ou até mesmo o próprio falecido, como se houvesse uma necessidade de personificar a causa da morte a fim de lidar melhor com uma culpa sentida. É comum também um sentimento de necessidade de buscar uma explicação dos motivos pelos quais o ente cometeu suicídio, principalmente nos casos em que o indivíduo não deixa carta.

Toda essa experiência de luto por suicídio faz com que seja extremamente recorrente o desenvolvimento de quadros psiquiátricos desses sobreviventes como depressão, ansiedade, TEPT e insônia, principalmente naqueles que já tinham antecedentes. O TEPT é muito comum nos casos do ente que encontrou o corpo, o que o faz ficar revivendo a cena, com pensamentos intrusivos frequentes.

Em um estudo produzido por Farberow *et al.* (1992) que comparou dois grupos de indivíduos enlutados, sendo um grupo de luto por morte por causa natural e outro por luto por suicídio encontrou que os

enlutados por suicídio apresentaram um nível de saúde mental significativamente pobre e sintomas depressivos graves em relação aos enlutados por morte natural. São comuns sentimentos de intensa tristeza, rejeição e abandono, pelo fato de que, o suicídio por ser uma morte autoprovocada, traz pensamentos ao enlutado de que o suicida, ao “escolher morrer”, também escolheu deixá-lo. Também é experienciado um sentimento de vergonha, pois o suicídio ainda é muito estigmatizado sendo tratado como tabu pela mídia e sendo alvo de preconceito da sociedade em geral. Além disso, um sentimento de auto acusação - justificado pela culpa de não ter percebido possíveis sinais - pode evocar a necessidade de punição podendo resultar em risco de suicídio do paciente enlutado.

O luto é um processo normal e inevitável, com suas fases e características próprias. Todavia, sinais importantes que indiquem condições patológicas, como ansiedade de separação, descrença prolongada, pensamento intrusivo e persistente, somatização das emoções, luto que perdura muito tempo - que causa disfunções na vida do indivíduo prejudicando suas atividades, devem servir de alerta para possível pesar complicado (ROCHA & LIMA, 2019).

Outro ponto crucial é que os profissionais da saúde saibam manejar casos de tentativas de suicídio em que a vítima sobrevive, algumas vezes tendo que conviver, posteriormente, com sequelas físicas e/ou emocionais. Além disso, os familiares, amigos e pessoas próximas que estão ligados afetivamente ao indivíduo podem sofrer em níveis semelhantes àqueles que efetuam a tentativa e depois lidam com os reflexos do ato em seu dia a dia. Esse movimento repressor se deve pelo fato de o suicídio ser

ainda fortemente estigmatizado e, em algumas situações, ligado à dogmas religiosos que geram julgamento social, sentimento de vergonha e podem chegar a impedir uma cerimônia habitual para velar o corpo do suicida. Em alguns casos, o chamado pacto do silêncio entre familiares gera mais sofrimento e desampara os sentimentos que, possivelmente, ao serem compartilhados são reconhecidos e podem ser semelhantes para quem também está passando por aquele mesmo momento.

Sem poder expressar ou “colocar para fora” o que sentem, os sobreviventes do suicídio são tomados por sentimentos como culpa, raiva, desesperança e também podem vir a incorrer no mesmo processo - suicida - diante da falta de alívio de sua dor. Dessa forma, profissionais como psicólogos, psiquiatras e terapeutas são essenciais no acolhimento desses indivíduos, trabalhando a compreensão do fato ocorrido e buscando a aceitação das mudanças que isso trouxe à vida de cada um.

Para tratar desse assunto, muitos autores cunharam o termo “posvenção” que diz respeito às atividades realizadas para atenuar o abalo causado pelo suicídio, assim como prevenir o sofrimento de gerações futuras. Isso significa que é necessário um lugar onde esses entes - denominados sobreviventes enlutados - sejam acolhidos, ouvidos e trabalhem sua dor, que é singular. Esse processo iniciado após a tentativa de suicídio, seja ela concretizada em morte ou não, é chamado de posvenção.

A partir desse acompanhamento, tanto dos familiares quanto do próprio indivíduo suicida, os sobreviventes do suicídio são acolhidos e busca-se, de alguma forma, auxiliar no processo de luto e na interpretação dos sentimentos gerados, bem como intervir

em um processo aniquilador que possa estar ocorrendo implicitamente ou até de maneira exteriorizada, a fim de evitar movimentos de autodepreciação, autculpa, desenvolvimento de transtornos e impedir novas tentativas.

Fukumitsu e Kovács (2016), em seu livro “Sobreviventes enlutados por suicídio”, faz referência a alternativas de desenvolvimento das intervenções posteriores ao ato suicida, dentre elas a ação por meio da participação em grupos de apoio a sobreviventes do suicídio com o auxílio de profissionais da saúde habilitados, a partir dos quais é possível haver troca de experiências e relatos, fortalecimento mútuo através de compartilhamentos e a autopercepção de que não se está passando por esse processo sozinho. Outrossim, há a importância da psicoterapia individual respeitando a privacidade e a individualidade de cada indivíduo afetado pelo acontecimento, também levando em conta a possível dificuldade de adesão inicial do compartilhamento aberto, de forma coletiva, com pessoas desconhecidas, de uma vivência que ao ser rememorada ou comparada com as demais pode causar mais sofrimento.

Ademais, consoante Kreuz e Antoniassi (2020), outra ferramenta a ser empregada é a autópsia psicológica, que consiste em investigar a fim de obter maior compreensão dos fatores psicológicos envolvidos no óbito, como tentar interpretar quais pensamentos o indivíduo carregava consigo na época. Isso poderia, de certa forma, contribuir para o alívio da apreensão e angústia familiar, possivelmente, provocadas pelo desconhecimento do que afligia o suicida. Além disso, outro aspecto que surge em reflexo à situação suicida transcorrida é o movimento da comunidade local que, apesar de em determinados casos ser sujeito de

juízo, também pode servir de espaço de acolhimento dos sobreviventes, como em igrejas, clubes e ambientes compartilhados.

Destarte, a posvenção opera positivamente no processo de enlutamento dos sobreviventes do suicídio, servindo como instrumento para a sua recuperação e reestabilização. A partir disso, os mais atingidos por um acontecimento tão trágico têm a possibilidade de mudarem a sua perspectiva e, concomitantemente, diminuir os reflexos negativos que o suicídio implica em tantos cotidianos.

Setembro Amarelo

Primeiramente, é preciso ressaltar que a Atenção Primária à Saúde se caracteriza como a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e, dessa forma, abrange a prevenção e a proteção como importantes pilares de ação. Nessa perspectiva, a fim de retificar a importância da conscientização e da abordagem de temas que necessitam de divulgação, o Ministério da Saúde adotou o calendário colorido com laços e cores que promovem à vida. Sendo assim, cada mês do ano é representado por uma ou mais cores que incentivam e promovem campanhas de diferentes temáticas atuais para promoção de educação em saúde à população e, a exemplos disso, observa-se, os conhecidos “outubro rosa” e “novembro azul”.

No que tange à saúde mental, desde 2014, com iniciativa do Centro de Valorização à Vida (CVV), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Pediatria (ABP), o mês de setembro coloriu-se de amarelo para campanhas que permeiam a prevenção ao suicídio através da informação, visto que no dia 10 deste mesmo

mês comemora-se o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio.

Tanto o estigma quanto o tabu enraizados sobre o suicídio e a depressão impedem a percepção precoce de comportamentos suicidas em toda sua complexidade multifatorial e, por isso, a abordagem informativa deve estender-se às diferentes esferas para que medidas sejam tomadas em âmbitos distintos e haja diminuição expressiva em números que, por sucessivos anos, têm-se demonstrado cada vez mais altos. Como frutos de tais objetivos, monumentos históricos como o Cristo Redentor são iluminados para representar a causa e fomentar a conscientização, além do apoio emocional voluntário oferecido durante todo o ano através do Centro de Valorização à Vida e da disponibilização de materiais de uso público como a cartilha “Suicídio Informando para Prevenir”.

CONCLUSÃO

Nem todos os casos de suicídio poderão ser prevenidos. Contudo, a correta abordagem e acolhimento fazem a diferença no desfecho de pacientes suicidas. Os esforços de prevenção ao suicídio, muitas vezes, dirigem-se à melhora da assistência clínica ao indivíduo que já luta contra ideias suicidas ou àquele que precise de atendimento médico por tentativa de suicídio. A prevenção ao suicídio também exige abordagens que possam reduzir a probabilidade do suicídio antes que indivíduos vulneráveis alcancem o risco.

Evidencia-se que o comportamento suicida é multicausal. A complexidade de fatores que concorre para seu desfecho deve sempre ser lembrada. Deve-se dar prioridade a tratar os fatores que são evitáveis, bem como interromper e amenizar os que não puderem ser evitados. O controle e a mudança nos

fatores ligados às condições endógenas e naqueles ligados a hábitos e ambientes são necessidades reais para pessoas.

Abordagens inadequadas podem aumentar bastante o risco de comportamento suicida em indivíduos vulneráveis, sobretudo em jovens. Nesta faixa etária, a organização de uma rede de apoio a que este possa recorrer quando não conseguir solucionar seus problemas, se mostra extremamente eficaz. Medidas que aumentem a resiliência e os fatores protetores são tão essenciais quanto a redução de risco para prevenir suicídios. A prevenção ao suicídio não é permanente. Portanto, devem ser contínuos os programas que apoiem e mantenham a proteção contra o suicídio. Devem ser feitos esforços para evitar normalizar, glorificar ou dramatizar o comportamento suicida. Além disso, não

convém relatar métodos ou maneiras de como fazê-lo ou reforçar a crença de que o suicídio seja uma resolução nobre para um dilema pessoal, ou uma solução compreensível a um evento traumático ou estressante.

O suicídio, e muitas das condições que levam ao mesmo, são hoje, mais do que nunca, um problema de saúde pública, devido a pandemia e suas consequências e, nunca foi tão importante cuidar da saúde mental. É preciso que os governos além das campanhas já existentes, ampliem os serviços de apoio psiquiátricos. E que este serviço possa chegar não somente aquelas pessoas com históricos de problemas mentais, mas a todos. Pois é comprovado que os suicídios podem ser evitados desde que as intervenções sejam realizadas de maneira e tempo oportunos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, P. & FIGUEIRA, M.L. Pandemia COVID-19: Quais são os Riscos para a Saúde Mental?. Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, v. 6. p. 2, 2020.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. 2019. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasília). Conselhos regionais de Psicologia. Suicídio e os desafios para Psicologia. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Fam%C3%ADlia/Documents/suicidio/Suicidio%20livro.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

CONTE, M. *et al.* Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v. 17, p. 2017, 2012

FARBEROW, N.L. *et al.* 8 The Role of Social Supports in the Bereavement Process of Surviving Spouses of Suicide and Natural Deaths. Suicide and Life-Threatening Behavior, v. 22, p. 107, 1992.

FUKUMITSU, K.O. & KOVÁCS, M.J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. Psico, v. 47, p. 3, 2016.

GUNNELL, D. *et al.* Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. The Lancet Psychiatry, v. 7, p. 468, 2020.

KREUZ, G. & ANTONIASSI, R.P.N. Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. Psicologia em Estudo, v. 25, e42427, 2020.

LACAN, J. O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1999. p. 440.

LINDEMANN, E. Sintomatologia e manejo do luto agudo. American Journal of Psychiatry, v. 101, p. 141, 1944.

MOREIRA, D.C. *et al.* Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, e00031420, 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental. Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária. Genebra, 2000. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso: 09 mar. 2021.

PEREIRA, A.S. *et al.* Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 3767, 2018.

ROCHA, P.G. & LIMA, D.M.A. Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. Psicologia Clínica, v. 31, p. 323, 2019.

SCHUCK, F.W. *et al.* A influência da pandemia de COVID-19 no risco de suicídio / The influence of the COVID-19 pandemic on suicide risk. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, p. 13778, 2021.

CAPÍTULO 19

TRIAGEM PARA TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA A PARTIR DA APLICAÇÃO DO SELF-REPORT QUESTIONNAIRE 20 (SRQ-20)

*Palavras-chave: Transtornos Mentais; Estudantes de Medicina;
Estudos Transversais; Prevalência*

ROSELY VALÉRIA RODRIGUES¹
ANTÔNIO CARLOS OLIVEIRA²
CHRISTOPHER HARRISON SALOMÃO ANDRADE²
ISRAEL CARLOS CAVALCANTI DE LIMA²
VITOR MARCELO FREZ MARQUES²
WILYAN DIAS COSMO DE OLIVEIRA²
WUDSON HENRIQUE ALVES DE ARAÚJO²

1. Professora do Departamento de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia.
2. Discente do curso de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia.



INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, os Transtornos Mentais comuns (TMC) apresentam prevalência de 17,6% na população adulta (STEEL *et al.*, 2014). Esses transtornos, também conhecidos como transtornos psiquiátricos menores, têm sido alvo de diversos estudos com estudantes de medicina. Recentemente, uma revisão sistemática de 2017 estimou uma prevalência de 31,5% para TMC entre os estudantes de medicina brasileiros (PACHECO *et al.*, 2017). O ambiente acadêmico e social, somado aos aspectos internos do indivíduo, bem como a outros fatores de estresse inerentes ao processo da graduação seriam potenciais substratos para o desenvolvimento de TMC, manifestados em sintomas como estresse, fadiga, ansiedade, depressão, cefaleia, distúrbios alimentares (GOLDBERG, 1994; POLYDORO *et al.*, 2001).

As taxas de prevalência são variáveis em diversos estudos. Um estudo com os acadêmicos de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) relatou uma prevalência de 37,1% (FIOROTTI *et al.*, 2010), a taxa foi ainda mais alta para estudantes da Universidade Estadual Paulista (UNESP), onde 44,9% dos acadêmicos apresentaram resultado positivo triagem de TMC (SILVA *et al.*, 2014). Outro estudo envolvendo estudantes de medicina, apresentou uma prevalência variável ao longo dos semestres, em que alunos do primeiro ano apresentaram um percentual de 12,5% enquanto os do quinto ano registraram taxa de 43,2% (COSTA *et al.*, 2017). Do mesmo modo estudos abrangendo acadêmicos de outros cursos relacionados à saúde também apresentaram resultados variáveis. Estudantes do curso de enfermagem do Rio de Janeiro

apresentaram uma prevalência de 55,3% e alunos do último ano dos cursos de saúde avaliados em uma pesquisa de 2010 apresentaram proporção de 33,7% de TMC (COSTA *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Para triagem de TMC diversas ferramentas podem ser utilizadas e uma delas é o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20). Uma revisão sistemática publicada em 2016, com o objetivo de avaliar ferramentas para triagem de TMCs, recomendou a aplicação do SRQ-20 para a triagem de TMCs gerais (ALI *et al.*, 2016). O SRQ-20 é composto de vinte questões com respostas do tipo sim ou não e, devido à fácil implementação, pode ser utilizado em diferentes níveis de atendimento ou até mesmo por auto aplicação. Neste cenário, ele entra como importante ferramenta desenvolvida para rastrear transtornos não psicóticos, a partir de um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (OMS) (HARDING *et al.*, 1980; WHO, 1994). Validado em diversos estudos, o SRQ-20 apresenta sensibilidade e especificidade que variam em torno de 60% a 95%, de acordo com o ponto de corte estabelecido (HUSAIN *et al.*, 2016; NETSEREAB *et al.*, 2018; SCAZUFCA *et al.*, 2009; VAN DER WESTHUIZEN *et al.*, 2018, 2016).

No Brasil, a ferramenta foi validada pela primeira vez em 1986, apresentando sensibilidade e especificidade de 83% e 80%, respectivamente (DE JESUS MARI & WILLIAMS, 1986). Nesse ponto, o SRQ-20 pode ser um instrumento útil para ser usado em grandes estudos epidemiológicos em ambientes com poucos recursos para a identificação de casos de depressão e ansiedade.

Cada item avalia a presença de um sintoma de sofrimento psíquico e é pontuado

como 1 ponto se o participante responder afirmativamente. Os itens individuais são somados para gerar uma pontuação total, que pode chegar a 20 pontos. As questões do SRQ-20 refletem estados de depressão, ansiedade e queixas psicossomáticas. As dimensões analisadas no SRQ-20 compreendem o humor ansioso e depressivo, sintomas somáticos, decréscimo de energia e pensamentos depressivos (WHO, 1994).

Dessa forma, diante dos fatores de riscos inerentes a formação do médico, da falta de consenso entre os autores sobre a prevalência desses transtornos, e da necessidade de mais estudos para estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns nos estudantes de medicina, nosso objetivo foi investigar a prevalência de transtornos mentais comuns entre os acadêmicos de medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia.

MÉTODO

Estudo transversal aplicado a uma amostra de estudantes do curso de medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia, com matrícula ativa no segundo semestre letivo do ano de 2019. A população total, segundo dados fornecidos pelo Departamento de Medicina, era composta por 219 estudantes, distribuídos em seis turmas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) com o parecer nº. 3.556.646.

O objetivo do estudo foi apresentado a todos os entrevistados, e todos que aceitaram participar desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a resolução 466/12, que trata de pesquisas com seres humanos no Brasil.

Todos os entrevistados assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma via com o entrevistador e a outra com o entrevistado. O TCLE continha informações sobre os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios para o entrevistado e a preservação da privacidade e confidencialidade dos dados coletados.

A amostra necessária para este estudo foi calculada por técnica de amostragem probalística, proporcional ao tamanho da população. A um nível de significância de 5%, nível de confiança de 95% e 6 estratos, o número de estudantes para compor a amostra foi calculado em 144. Não obstante, somente 116 estudantes aceitaram participar desta pesquisa. A coleta de dados foi realizada entre os dias 7 (sete) e 25 (vinte e cinco) de outubro de 2019, através de preenchimento de um formulário autoaplicável. Os seguintes dados foram coletados no formulário: semestre letivo, sexo, idade, auto-declaração referente à cor da pele, estado civil, ocupação, renda e mais vinte questões do SRQ-20.

Semestre, sexo, idade, cor da pele, estado civil, ocupação e renda foram registrados e analisados como variáveis sociodemográficas. *Semestre* foi analisada como variável multinomial ordinal contendo 6 grupos: 2º semestre, 4º semestre, 5º semestre, 7º semestre, 9º semestre e 11º semestre. *Sexo* foi analisada como variável binomial, cujos resultados possíveis são: masculino e feminino. A *idade* foi registrada como uma variável contínua, representada em números inteiros, mas foi analisada de forma categorizada, multinomial ordinal, em 4 grupos etários: 18 – 20; 20 – 25; 25 – 30; e ≥ 30 . A variável *cor da pele* foi analisada como multinomial, mas sem caráter de ordenação, com 5 categorias, de acordo com a auto-declaração do entrevistado: amarelo,

branco, indígena, pardo e preto. O *estado civil* foi analisado como variável multinomial ordinal subdividida em 4 categorias: casado(a), união estável, solteiros e outros. A *ocupação* foi analisada como variável binomial, representativa do exercício ou não de alguma atividade remunerada. A *renda* foi analisada como variável multinomial ordinal contendo 7 grupos, da menor percepção de renda para a maior: renda não informada (RNI); menor que 1 salário-mínimo (SM); 1 – 1.5 SMs; 1.5 – 3 SMs; 3 – 5 SMs; 5 – 10 SMs; 10 SMs ou mais.

O TMC foi analisado como uma variável dicotômica, cujos resultados são sim (SRQ-20 positivo) e não (SRQ-20 negativo). Foram considerados positivos as pontuações maiores ou igual a 6 para indivíduos do sexo masculino e resultados maiores ou igual a 8 para indivíduos do sexo feminino para as respostas das 20 questões do SRQ-20. Esta é a variável dependente para a estimativa de prevalência dos transtornos mentais comuns do nosso estudo.

A análise estatística dos dados foi realizada com auxílio do STATA/IC 16.1 (STATA CORP, 2019) e dos pacotes presentes no R, versão 3.6.1 (R CORE TEAM, 2019), via interface do Rstudio (RSTUDIO TEAM, 2018).

Para a amostra total ($n = 116$) verificou-se a heterogeneidade/comparação de proporções das variáveis em relação ao TMC. O teste de qui-quadrado de Pearson (χ^2) foi aplicado para esta análise. As hipóteses testadas foram as seguintes: i. Hipótese nula (H_0): A proporção de indivíduos com TMC positivo e negativo não difere entre os grupos; ii. Hipótese alternativa (H_A): A proporção de TMC positivo e negativo difere entre os grupos. Os intervalos de confiança para as

proporções foram estimados pelo método de *Wald*.

Uma análise de variância foi aplicada a partir da contagem de resultados positivos para cada uma das respostas ao questionário SRQ-20 e agrupadas de acordo com as quatro dimensões do questionário. O teste aplicado para comparação das médias foi o ANOVA de um fator, haja vista que os totais de respostas agrupados apresentaram distribuição normal ($p > 0,05$ nos testes de normalidade de *Shapiro-Wilk*). As hipóteses testadas foram as seguintes: H_0 : A quantidade de respostas positivas não é diferente entre as dimensões analisadas; ii. H_A : A quantidade de respostas positivas é diferente entre as dimensões analisadas.

Por último, considerando que Poisson com variância robusta seria uma alternativa mais adequada que a regressão logística para análise de variáveis dependentes com desfecho binário (BARROS & HIRAKATA, 2003; MCNUTT, 2003), um modelo de Regressão de Poisson com variância robusta foi desenvolvido para estimar as Razões de Prevalência (RP) de TMC. O modelo foi ajustado automaticamente através do módulo *stepwise backward* do STATA, até o ponto em que todas as variáveis apresentassem significância estatística ($p < 0,05$). Nenhuma variável foi selecionada após o ajuste do modelo. Os valores P calculados para o modelo completo e ajustado correspondem aos valores Z de *Wald*.

A base de dados completa, os códigos para as análises e arquivos com resultados obtidos no R e STATA estão disponíveis para consulta no Mendeley Data, doi:10.17632/htdkz4539r.2.

RESULTADOS

No presente estudo foram analisadas as respostas de 116 estudantes do curso de medicina, sendo 56 do sexo feminino e 60 do sexo masculino, distribuídos em seis períodos letivos. Além disso, a mediana da idade global foi estimada em 23 anos (IC 95% 22-23), sendo que dentre os homens a mediana foi de 22 anos (IC 95% 22-23) e para as mulheres a mediana foi de 23 anos (IC 95% 22-23).

A prevalência de SRQ-20 positivo foi estimada em 69,8% (IC 95% 61,0-78,6). Outro fator a ser considerado é que nenhuma das variáveis analisadas apresentou diferença estatisticamente significativa para a proporção

de resultados do SRQ-20 em seus subgrupos ($p > 0,05$). Quanto à análise multivariada, não foi evidenciada nenhuma associação entre a prevalência de SRQ-20 positivo e os demais fatores analisados.

Na análise do tipo multinível, para a variável *cor da pele*, foi identificada uma RP de SRQ-20 positivo 2,31 vezes maior para os acadêmicos autodeclarados *amarelos* em relação aos autodeclarados *pretos*. Não obstante, é importante ressaltar que a amostra desse subgrupo diz respeito a apenas um estudante, portanto, a interpretação dessa RP como significativa deve ser desconsiderada. Os detalhes dessas informações estão ilustrados na Tabela 19.1.

Tabela 19.1. Distribuição dos estudantes por critérios sociodemográficos, prevalência e razão de prevalência

	N (%)	TMC	Prevalência de TMC (IC 95%)	Valor P*	RP (IC 95%)	Valor P**
Todos	116 (100%)	81	69,8% (61,0-78,6)	-	-	-
Semestre				0,674	1,030 (0,951-1,115)	0,474
2º semestre	25 (21,6%)	16	64,0% (42,5-82,0)	-	(base)	(base)
4º semestre	22 (19,0%)	18	81,8% (59,7-94,8)	-	1,383 (0,972-1,967)	0,071
5º semestre	20 (17,2%)	12	60,0% (36,1-80,9)	-	0,910 (0,564-1,469)	0,700
7º semestre	22 (19,0%)	15	68,2% (45,1-86,1)	-	1,126 (0,736-1,722)	0,585
9º semestre	18 (15,5%)	13	72,2% (46,5-90,3)	-	1,148 (0,720-1,829)	0,562
11º semestre	9 (7,8%)	7	77,8% (40,0-97,2)	-	1,260 (0,759-2,091)	0,371
Sexo				0,717	0,947 (0,733-1,224)	0,679
Feminino	56 (48,3%)	40	71,4% (57,8-82,7)	-	(base)	(base)
Masculino	60 (51,7%)	41	68,3% (55,0-79,7)	-	1,045 (0,803-1,360)	0,745
Idade				0,389	0,901 (0,709-1,145)	0,395
18 – 20	9 (7,8%)	5	55,6% (21,2-86,3)	-	(base)	(base)
20 – 25	76 (65,5%)	57	75,0% (63,7-84,2)	-	1,546 (0,774-3,087)	0,217
25 – 30	17 (14,7%)	10	58,8% (32,9-81,6)	-	1,120 (0,475-2,639)	0,795
>=30	14 (12,1%)	9	64,3% (35,1-87,2)	-	1,116 (0,433-2,876)	0,820
Cor da pele				0,820	0,988 (0,883-1,105)	0,835
Amarelo	1 (0,9%)	1	100% (2,5-)	-	2,315 (1,065-5,032)	0,034
Branco	37 (31,9%)	26	70,3% (53,0-84,1)	-	0,906 (0,605-1,358)	0,634
Indígena	4 (3,5%)	3	75,0% (19,4-99,4)	-	0,947 (0,400-2,240)	0,901
Pardo	63 (54,3%)	42	66,7% (53,7-78,0)	-	0,833 (0,561-1,236)	0,364
Preto	11 (9,5%)	9	81,8% (48,2-97,7)	-	(base)	(base)
Estado civil				0,887	0,918 (0,706-1,195)	0,526
Casado(a)	7 (6,0%)	5	71,4% (29,0-96,3)	-	(base)	(base)
União estável	5 (4,3%)	3	60,0% (14,7-94,7)	-	0,746 (0,283-1,971)	0,555
Solteiro(a)	102 (87,9%)	72	70,6% (60,7-79,2)	-	0,714 (0,390-1,306)	0,274
Não informado	2 (1,7%)	1	50,0% (1,3-98,7)	-	0,473 (0,132-1,687)	0,249

Ocupação				0,775	1,030 (0,646-1,641)	0,902
Sim	15 (12,9%)	10	66,7% (38,4-88,2)	-	(base)	(base)
Não	101 (87,1%)	71	70,3% (60,4-79,0)	-	1,031 (0,644-1,650)	0,898
Renda				0,937	0,984 (0,920-1,052)	0,629
RNI	8 (6,9%)	6	75,0% (34,9-96,8)	-	(base)	(base)
< 1 SM	3 (2,6%)	2	66,7% (9,4-99,2)	-	0,889 (0,363-2,179)	0,797
1 -- 1,5 SMs	15 (12,9%)	11	73,3% (44,9-92,2)	-	0,960 (0,558-1,652)	0,884
1,5 -- 3 SMs	22 (19,0%)	14	63,6% (40,7-82,8)	-	0,801 (0,507-1,266)	0,342
3 -- 5 SMs	19 (16,4%)	14	73,7% (48,8-90,9)	-	0,923 (0,607-1,403)	0,706
5 -- 10 SMs	25 (21,6%)	19	76,0% (54,9-90,6)	-	0,881 (0,611-1,270)	0,498
>= 10 SMs	24 (20,7%)	15	62,2% (40,6-81,2)	-	0,728 (0,464-1,143)	0,168

Legenda: TMC = Resultados positivos para TMC. * Qui-quadrado de Pearson. ** Z de Wald.

Para que reduzir os efeitos do pequeno número amostral observado nos subgrupos das variáveis *idade*, *cor da pele* e *renda*, foi realizada uma análise com a dicotomização dessas variáveis. Quanto à variável *idade*, esta foi dicotomizada para dois grupos etários: 18 a 24 anos e 25 ou mais. A variável *cor da pele* foi dicotomizada nos seguintes grupos: pele clara (autodeclarados brancos e amarelos) e pele escura (autodeclarados indígenas, pardos

e pretos). Além disso, a variável *renda* foi dividida em dois grupos, sendo: renda menor que três SMs (são incluídos neste grupo aqueles que não declararam renda) e renda maior ou igual a três SMs. Portanto, é válido destacar que mesmo com essas alterações os resultados não significativos se mantiveram. Os resultados mencionados neste parágrafo podem ser consultados na Tabela 19.2.

Tabela 19.2. Distribuição dos acadêmicos por critérios sociodemográficos, prevalências e razões de prevalência para TMC – após ajuste das variáveis *idade*, *cor da pele* e *renda*

	N (%)	TMC	TMC Prevalência (IC 95%)	Valor P*	RP (IC 95%)	Valor P**
Todos	116 (100%)	81	69,8% (61,0-78,6)	-	-	-
Semestre				0,674	1,036 (0,957-1,122)	0,386
2º semestre	25 (21,6%)	16	64,0% (42,5-82,0)	-	(base)	(base)
4º semestre	22 (19,0%)	18	81,8% (59,7-94,8)	-	1,330 (0,927-1,909)	0,122
5º semestre	20 (17,2%)	12	60,0 (36,1-80,9)	-	0,934 (0,588-1,485)	0,773
7º semestre	22 (19,0%)	15	68,2 (45,1-86,1)	-	1,168 (0,773-1,766)	0,461
9º semestre	18 (15,5%)	13	72,2 (46,5-90,3)	-	1,206 (0,772-1,883)	0,411
11º semestre	9 (7,8%)	7	77,8 (40,0-97,2)	-	1,204 (0,844-2,216)	0,204
Sexo				0,717	0,932 (0,720-1,207)	0,594
Feminino	56 (48,3%)	40	71,4 (57,8-82,7)	-	(base)	(base)
Masculino	60 (51,7%)	41	68,3% (55,0-79,7)	-	0,948 (0,736-1,221)	0,678
Idade				0,226	0,744 (0,502-1,103)	0,141
18 f 25	85 (73,3%)	62	72,9% (62,2-82,0)	-	(base)	(base)
>=25	31 (26,7%)	19	61,3% (42,2-78,2)	-	0,731 (0,481-1,112)	0,143
Cor da pele				0,820	0,944 (0,732-1,216)	0,654
Pele clara	38 (32,98)	27	71,1% (54,1-84,6)	-	(base)	(base)
Pele escura	78 (67,2%)	54	69,2% (57,8-79,2)	-	0,932 (0,714-1,217)	0,605

Estado civil				0,887	0,911 (0,715-1,162)	0,452
Casado(a)	7 (6,0%)	5	71,4% (29,0-96,3)	-	(base)	(base)
União estável	5 (4,3%)	3	60,0% (14,7-94,7)	-	0,835 (0,336-2,076)	0,698
Solteiro(a)	102 (87,9%)	72	70,6% (60,7-79,2)	-	0,790 (0,480-1,301)	0,355
Não informado	2 (1,7%)	1	50,0% (1,3-98,7)	-	0,575 (0,176-1,879)	0,360
Ocupação				0,775	1,087 (0,691-1,710)	0,718
Sim	15 (12,9%)	10	66,7% (38,4-88,2)	-	(base)	(base)
Não	101 (87,1%)	71	70,3% (60,4-79,0)	-	1,079 (0,683-1,705)	0,744
Renda				0,937	1,002 (0,789-1,271)	0,990
< 3 SMs	48 (41,4%)	33	68,8% (53,7-81,3)	-	(base)	(base)
>= 3 SMs	68 (58,6%)	48	70,6% (58,3-81,0)	-	0,965 (0,755-1,233)	0,752

Legenda: TMC = Resultados positivos para TMC. * Qui-quadrado de Pearson. ** Z de Wald.

No que diz respeito a análise por dimensões do SRQ-20, foi observada variação na quantidade de respostas para os grupos analisados ($p < 0,01$). Na dimensão três (Redução da energia vital) ocorreu a maior quantidade de respostas positivas e a menor dispersão, com uma média de 76 ($\pm 10,4$). Na dimensão um (Depressão/ansiedade) obtivemos a segunda maior média e a maior dispersão dentre os grupos analisados (76 [$\pm 26,8$]). A média obtida para a dimensão dois

(Sintomas somáticos) foi de 47 respostas ($\pm 19,0$). Na dimensão quatro evidenciou-se a menor média de respostas positivas (27 [$\pm 18,5$]). Além disso, o questionamento que obteve o maior número de respostas positivas foi o referente ao nervosismo, tensão ou preocupação, com 98 respostas. O pensamento suicida apresentou o menor percentual de respostas positivas (10,3%; 12 respostas positivas). Todas essas informações podem ser consultadas na Tabela 19.3.

Tabela 19.3. Manifestações do SRQ-20 por dimensões

Variáveis		N (%)	Média (± DP)	95% IC	Valor P*
Dimensão I: Humor depressivo-ansioso	Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	98 (84,5%)	63 (± 26,8)	42,0 - 84,5	0,0055
	Tem se sentido triste ultimamente?	69 (59,5%)			
	Assusta-se com facilidade?	44 (37,9%)			
	Tem chorado mais do que o de costume?	40 (35,5%)			
Dimensão II: Sintomas somáticos	Dorme mal?	78 (67,2%)	47 (± 19,0)	34,0 - 61,2	
	Você tem dores de cabeça frequentemente?	54 (46,6%)			
	Tem sensações desagradáveis no estômago?	49 (42,2%)			
	Tem má digestão?	46 (39,7%)			
	Tem tremores nas mãos?	34 (29,3%)			
	Tem falta de apetite?	22 (19,0%)			
Dimensão III: Redução da energia vital	Tem dificuldades nos estudos (sua rotina é penosa, causa-lhe sofrimento?)	84 (72,4%)	76 (± 10,4)	67,3 - 82,0	
	Sente-se cansado(a) o tempo todo?	84 (72,4%)			
	Você se cansa com facilidade?	80 (69,0%)			
	Tem dificuldades para tomar decisões?	76 (65,5%)			
	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	76 (65,5%)			
	Tem dificuldades de pensar com clareza?	56 (48,3%)			
Dimensão IV: Pensamentos depressivos	Tem perdido o interesse nas coisas?	54 (46,6%)	27 (± 18,5)	14,5 - 45,5	
	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	22 (19,0%)			
	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	20 (17,2%)			
	Tem pensado em dar fim à sua vida?	12 (10,3%)			

Legenda: * ANOVA.

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC observada em nosso estudo foi relativamente alta (69,8%), com mais de dois terços dos acadêmicos apresentando resultado positivo no SRQ-20. No entanto, nenhuma das variáveis analisadas demonstrou associação com a prevalência calculada. Quando comparado a outros estudos que empregaram o SRQ-20, a prevalência observada em nossa amostra é bastante superior. Mesmo em pesquisas que consideraram outros cursos da área da saúde, como odontologia, enfermagem e medicina, não houve diferenças estatisticamente significativa na prevalência de TMC entre os acadêmicos (COSTA *et al.*, 2017).

Diversos estudos realizados no Brasil, e que aplicaram o SRQ-20, evidenciaram prevalências de TMC que variam de um terço à metade dos estudantes de cursos da área de saúde (COSTA *et al.*, 2010, 2017, 2014; FACUNDES & LUDERMIR, 2005; FIOROTTI *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2014). Uma revisão sistemática publicada em 2017, sobre problemas de saúde mental em estudantes de medicina brasileiros, estimou que a prevalência de TMC em acadêmicos de medicina seria de 31,5% (PACHECO *et al.*, 2017). Aproximadamente metade dos alunos teria apresentado sono de baixa qualidade e 46,1% apresentavam sonolência diurna excessiva, *Burnout* afetou aproximadamente 13% dos alunos (PACHECO *et al.*, 2017). Os resultados apresentados nesse estudo, embora sejam considerados altos quando comparados à prevalência de 17,6% estimada na população global (STEEL *et al.*, 2014), ainda estão bastante inferiores aos resultados registrados em nossa pesquisa.

Uma revisão integrativa, publicada recentemente, apontou que, dentre outros fatores, ser do sexo feminino, com idade mais avançada, renda menor e possuir um companheiro seriam fatores de risco para o sofrimento psíquico em estudantes universitários (GRANER & CERQUEIRA, 2019). Essas variáveis sociodemográficas também foram incluídas em nossa pesquisa, mas não apresentaram associação significativa com os resultados do SRQ-20.

Um estudo realizado na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), utilizando o SRQ-20, encontrou relação estatisticamente significativa entre TMC e o fator idade menor que 19 anos (42,6% ; $p = 0,027$), assim como em outras variáveis: não seguir alguma religião, com 44,8% ($p = 0,005$); dificuldade de fazer amigos, 77,5% ($p = 0,005$); sentir-se rejeitado por amigos ou outros indivíduos na mesma faixa etária, 82,9% ($p < 0,001$); e ter história familiar de doença psiquiátrica, com 43,8% ($p = 0,003$) (ROCHA & SASSI, 2013).

Ao contrário do observado nesse estudo, em nossa pesquisa a variável *idade* não apresentou associação com o TMC. É importante pontuar que a quantidade de estudantes com 18 a 19 anos entrevistados em nosso estudo foi de apenas 9 acadêmicos, o que estatisticamente é considerado uma amostra pequena para realização de inferências. No entanto, mesmo após a dicotomização da variável *idade* não se observou associação significativa desta variável em relação aos resultados positivos do SRQ-20.

Uma pesquisa foi realizada na Universidade Federal de Sergipe (UFS), com dados coletados de 40 estudantes durante os seis anos de formação, entre os anos de 2004 a 2011, para avaliar a prevalência de TMC e fatores associados – a primeira avaliação foi

realizada no primeiro dia de aula do primeiro ano, as demais avaliações foram repetidas nos anos seguintes (COSTA *et al.*, 2017). A maior prevalência foi observada em estudantes do quinto ano (43,2%) e a menor em estudantes do primeiro ano (12,5%) (COSTA *et al.*, 2017). Em nosso estudo não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre os acadêmicos de diferentes semestres. No entanto, diferentemente do relatado no estudo citado, nossa pesquisa não registrou dados de uma mesma turma em diferentes períodos e também não coletou dados de estudantes que estariam iniciando o curso, haja vista não haver nenhuma turma cursando o primeiro semestre do curso naquele momento, e isso certamente explica os motivos de não termos identificado diferenças significativas para a prevalência de TMC entre as diferentes turmas avaliados.

Conquanto não tenha sido incluído no rol de variáveis investigadas, acreditamos que fatores como a sobrecarga de atividades e o suporte emocional insuficiente seriam variáveis com grande potencial para explicação dos resultados obtidos em nosso estudo. Uma parcela grande de estudantes é procedente de outros estados e, diferentemente do que ocorre em capitais litorâneas ou da região centro-sul do país, o deslocamento para capitais da região norte – em especial para os estados de Rondônia, Acre, Roraima e Amapá – não conta com a mesma logística de transportes observada em outros estados e, além disso, os valores de passagens também são elevados.

Acreditamos que o alto custo para deslocamento, tanto de familiares para a cidade de Porto Velho, quanto de acadêmicos para suas respectivas localidades de procedência, é um fator que dificulta o contato interpessoal com pessoas que teriam

condições de prover o suporte emocional necessário em muitos momentos de dificuldade do curso. É importante observar que, em sua maioria, são jovens – a mediana da idade é de 23 anos – que estão vivenciando pela primeira vez a experiência de morar sozinho e, em muitos casos, em uma cidade bastante distante de seus familiares.

Outro ponto de grande importância, e que merece atenção em nosso estudo, é o percentual de estudantes que, no momento de resposta ao SRQ-20, declararam pensamento suicida naqueles últimos 30 dias. A taxa de suicídio entre estudantes de medicina seria maior que as observadas na população em geral, e essa tendência se mantém mesmo após a formação acadêmica (GOLD *et al.*, 2013; HAWTON *et al.*, 2004; LINDEMAN *et al.*, 1996; SANTA & CANTILINO, 2016).

As principais causas apontadas como precursoras do suicídio nesse grupo de indivíduos seriam uma maior incidência de transtornos psiquiátricos e o sofrimento psíquico relacionados a vivências específicas da profissão e atividades acadêmicas (SANTA & CANTILINO, 2016). Nossa pesquisa não coletou dados para determinar o sentimento dos acadêmicos em relação às vivências das atividades desempenhadas no curso, mas apontou uma elevada prevalência para possíveis diagnósticos de TMC, onde mais de dois terços dos entrevistados apresentaram resultados positivos para TMC no SRQ-20 e cerca de 10% teriam relatado pensar em acabar com a própria vida.

Por fim, a principal limitação de nosso estudo é a inexistência de dados para variáveis comportamentais e outras variáveis sociodemográficas frequentemente relatadas como precursoras de quadros de TMC. Em uma ampla revisão sistemática, publicada recentemente, os seguintes fatores foram

listados como associados aos TMCs em estudantes de medicina brasileiros: suporte emocional insuficiente; dificuldade em fazer amigos; pensamentos de abandono; sentimento de rejeição; sobrecarga acadêmica; poucas atividades de lazer; problemas financeiros; insatisfação com a escolha profissional; ciclo clínico; sentimento de rejeição por colegas e amigos; histórico de tratamento psicológico; distúrbios do sono; sedentarismo; desempregado; não ter carro; falta de confiança na aquisição de habilidades; sensação de desconforto em relação às atividades da escola médica; expectativas incompatíveis sobre o curso; diagnóstico prévio de transtorno mental; tensão emocional e sentimentos de infelicidade; dificuldade prolongada em fazer perguntas durante as aulas devido à timidez; despertar durante a noite; insônia; sonolência diurna; menos de 7 horas de sono por noite; baixo desempenho acadêmico; dificuldade em iniciar o sono; dificuldade em manter o sono; adormecer mais tarde; acordar mais cedo; baixa interação social (PACHECO *et al.*, 2017).

Com exceção da *ocupação*, nenhum desses fatores foi analisado de forma explícita em nossa pesquisa, e embora alguns possam ser avaliados a partir das respostas obtidas no SRQ-20, essa análise não seria suficiente para abranger todas as circunstâncias listadas. Outra limitação encontrada foi a baixa participação dos acadêmicos que se encontravam nos períodos mais avançados do curso, especialmente o período de internato, diminuindo o poder de representatividade da amostra como um todo. Em virtude disso, recomendamos que, em estudos futuros, outras variáveis biopsicossociais sejam incluídas, na tentativa de encontrar fatores que, a depender do desenho de estudo adotado, possam explicar ou apresentar

associações significativas com os resultados investigados.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu concluir que a prevalência de resultados positivos para o SRQ-20, observada entre os acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Rondônia, foi bastante elevada. É importante frisar que, embora o percentual de respostas indicando pensamentos suicidas seja relativamente baixo, não deve ser ignorado, haja vista a gravidade da situação. Ademais, ainda que não tenham sido encontradas associações significativas das variáveis analisadas com os resultados apresentados no questionário, a elevada prevalência observada em nosso estudo evidencia a necessidade de acompanhamento e manejo da saúde mental desses estudantes.

Almejamos que os dados apresentados neste estudo sejam úteis na formação de programas de acompanhamento da saúde mental de estudantes da área de saúde e na produção de novos estudos que possam abordar um número maior de fatores que consigam ajudar a entender melhor o desenvolvimento de quadros de TMC nesse grupo de estudantes.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e a todos os que colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Rosely Valéria Rodrigues foi responsável pela coordenação e supervisão de

todas as etapas do projeto, interpretação e redação dos primeiros rascunhos e das versões subsequentes. Antônio Carlos Oliveira contribuiu com a realização das entrevistas, tabulação dos dados, análise dos dados no R e STATA, interpretação e redação dos primeiros rascunhos e versões subsequentes. Christopher Harrison Salomão Andrade,

Israel Carlos Cavalcanti de Lima, Vitor Marcelo Frez Marques, Wilyan Dias Cosmo de Oliveira e Wudson Henrique Alves de Araújo contribuíram com a realização das entrevistas, tabulação dos dados, interpretação e redação dos primeiros rascunhos e versões subsequentes. Todos os autores leram e aprovaram a versão enviada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALI, G.C. *et al.* Validated Screening Tools for Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *PLOS ONE*, v. 11, e0156939, 2016.
- BARROS, A.J. & HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, v. 3, p. 21, 2003.
- COSTA, E.F.O. *et al.* Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, p. 11, 2010.
- COSTA, E.F.O. *et al.* Common mental disorders in medical students: A repeated cross-sectional study over six years. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 63, p. 771, 2017.
- COSTA, E. F.O. *et al.* Common mental disorders and associated factors among final-year healthcare students. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 60, p. 525, 2014.
- DE JESUS MARI, J. & WILLIAMS, P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*, v. 148, p. 23, 1986.
- FACUNDES, V.L.D. & LUDERMIR, A.B. Common mental disorders among health care students. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, p. 194, 2005.
- FIOROTTI, K.P. *et al.* Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: Prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, p. 17, 2010.
- GOLD, K.J. *et al.* Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry*, v. 35, p. 45, 2013.
- GOLDBERG, D. A bio-social model for common mental disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, v. 385, p. 66, 1994.
- GRANER, K.M., CERQUEIRA, A.T.A.R. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1327, 2019.
- HARDING, T.W. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, v. 10, p. 231, 1980.
- HAWTON, K. *et al.* Suicide in doctors. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 57, p. 1, 2004.
- HUSAIN, N. *et al.* Validation of the self-reporting questionnaire (SRQ 20) in British Pakistani and White European population in the United Kingdom. *Journal of Affective Disorders*, v. 189, p. 392, 2016.
- LIMA, M.C.P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, p. 1035, 2006.
- LINDEMAN, S. *et al.* A Systematic Review on Gender-Specific Suicide Mortality in Medical Doctors. *British Journal of Psychiatry*, v. 168, p. 274, 1996.
- MCNUTT, L.A. Estimating the Relative Risk in Cohort Studies and Clinical Trials of Common Outcomes. *American Journal of Epidemiology*, v. 157, p. 940, 2003.
- NETSEREAB, T.B. *et al.* Validation of the WHO self-reporting questionnaire-20 (SRQ-20) item in primary health care settings in Eritrea. *International Journal of Mental Health Systems*, v. 12, p. 61, 2018.
- OLIVEIRA, E.B. *et al.* Common mental disorders in nursing students of the professionalizing cycle. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, e20180154, 2020.
- PACHECO, J.P. *et al.* Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 39, p. 369, 2017.
- POLYDORO, S.A.J. *et al.* Desenvolvimento de uma escala de integração ao ensino superior. *Psico-USF*, v. 6, p. 11, 2001.
- R CORE TEAM. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria, R Foundation for Statistical Computing. 2019. Disponível em: <<https://www.r-project.org>>. Acesso em: 29 jan. 2021.
- ROCHA, E.S. & SASSI, A.P. Transtornos mentais menores entre estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 37, p. 210, 2013.

RSTUDIO TEAM. RStudio: Integrated Development Environment for R. Boston, MA, RStudio, Inc. 2018. Disponível em: <<http://www.rstudio.com>>. Acesso em: 29 jan. 2021.

SANTA, N.D. & CANTILINO, A. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 40, p. 772, 2016.

SCAZUFCA, M., *et al.* Validity of the self reporting questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 44, p. 247, 2009.

SILVA, A.G. *et al.* Social support and common mental disorder among medical students. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 17, p. 229, 2014.

STATACORP. Stata Statistical Software: Release 16. . College Station, Texas, StataCorp LLC. 2019. Disponível em: <<https://www.stata.com>>. Acesso em: 29 jan. 2021.

STEEL, Z. *et al.* The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. International Journal of Epidemiology, v. 43, p. 476, 2014.

VAN DER WESTHUIZEN, C. *et al.* Sensitivity and Specificity of the SRQ-20 and the EPDS in Diagnosing Major Depression Ante- and Postnatally in a South African Birth Cohort Study. International Journal of Mental Health and Addiction, v. 16, p. 175, 2018.

VAN DER WESTHUIZEN, C. *et al.* Validation of the Self Reporting Questionnaire 20-Item (SRQ-20) for Use in a Low- and Middle-Income Country Emergency Centre Setting. International Journal of Mental Health and Addiction, v. 14, p. 37, 2016.

WHO. A User's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). 1994. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2021.

CAPÍTULO 20

ARTEFATO EDUCATIVO: BOAS PRÁTICAS EM UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE MENTAL DE USUÁRIOS DE DROGAS EM TRATAMENTOS

Palavras-chave: Alimentação Saudável; Saúde Mental; Usuário de Drogas

CELINA JÚLIA CRISPIM SILVA¹
KAROLAYNE SILVA SOUZA¹
KAIANE BASTOS ARAÚJO¹
FRANCISCO JEFERSON PONTES PEREIRA¹
ANAILDA FONTENELE VASCONCELOS¹
ELANE CRISTINA FERNANDES LIMA SOUSA¹
FRANCISCA GEISA SILVA MARTINIANO²
MARCIA DO NASCIMENTO BARROS²
INGRID CRISTINA ANGÉLICA ALVES³
EDINEUMA OLIVEIRA DOS SANTOS³
RÍZIA KELLY DA SILVA GUSMÃO¹
ALAN CÁSSIO MORAIS PALITOT²

1. Graduado(a) - Enfermagem do Centro Universitário INTA-UNNTA.

2. Discente - Enfermagem do Centro Universitário INTA-UNNTA.

3. Discente - Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA.

INTRODUÇÃO

Estudos apontam que doenças mentais fazem parte de um terço de todas as doenças globais, doenças essas que podem ser ocasionadas pelo uso abusivo de alimentos altamente processados, entretanto, quanto mais os indivíduos consomem substâncias assim, maiores são as chances de desenvolver sintomas psiquiátricos, como ansiedade e depressão (MENDES, 2020). Contudo, os sintomas de ansiedade e depressão ganham destaque na discussão sobre consumo de drogas, diversos estudos destacam o alto índice de sintomas psiquiátricos em indivíduos que usam esses tipos de substâncias, além disso, um estudo americano identifica maior probabilidade de transtornos em indivíduos usuários de substâncias ilícitas e internaliza a ansiedade, principalmente em indivíduos em tratamento (ANDRETTA 2018).

Teve-se como objetivo contribuir com os conhecimentos de nutrição aplicada a enfermagem para melhoria da qualidade de vida de usuários de drogas.

MÉTODO

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado no Instituto de Reabilitação Celina Santiago da Silva para usuários de drogas, localizado no município de Frecheirinha – CE, onde haviam sete participantes no dia da intervenção e todos eram do sexo masculino. O presente estudo foi realizado no dia 27 de maio de 2017. Os instrumentos para a realização do artefato foram: balões, garrafas de água, salada de frutas, um dado e folhas A4 para a realização de um jogo do tabuleiro gigante, segue nas Figuras 20.1A e 20.1B.

Figura 20.1. (A) Dinâmica de mitos e verdades (B) Jogo do tabuleiro gigante



Ao chegar, nos apresentamos e introduzimos com uma roda de conversa uma dinâmica de Mitos e Verdades quanto à alimentação. Em seguida, foram retiradas algumas dúvidas, repassando orientações de como obter uma alimentação saudável trabalhando com o que se tem em casa, objetivando a redução dos gastos.

O segundo momento foi a implantação em si do artefato educativo, onde levamos um jogo que eles teriam que jogar um dado para avançar as casas até chegar ao final para revelar o vencedor. No percurso deste jogo haviam situações relacionadas a alimentação, se fossem relativas a uma má conduta alimentar teriam que voltar algumas casas, se fossem condutas positivas, teriam que

avançar, e assim se concluía o jogo (Figura 20.2).

Figura 20.2. Materiais do Artefato Educativo



No último momento, houve o lanche com salada de frutas e a entrega das garrafas de água para incentivar a ingestão de líquidos (Figura 20.3).

Figura 20.3. Entrega das garrafas de água



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da dinâmica demonstraram muito interesse em participar do evento (Figuras 20.44), foram bem participativos, tiraram suas dúvidas e absorveram bem todas as informações. Entretanto, alguns participantes relataram que conseguiram sentir a diferença de humor no

período em que não estavam em tratamento com o período em tratamento. Além do mais, o cozinheiro do instituto de reabilitação e alguns internos concordaram com todos os ensinamentos e afirmaram a relação da boa alimentação com a saúde mental dos internos.

Figura 20.4. Interação do grupo com a equipe de desenvolvimento



Todas as informações repassadas aos internos do Instituto tiveram como pilar central a fundamentação em repassar boas informações e práticas no que diz respeito a uma alimentação saudável. Afinal estamos contextualizados em uma sociedade cada vez mais susceptível a uma fragilidade emocional e a patologias de cunho psiquiátrico, onde a alimentação se torna um fator preponderante, ou seja, uma ótima estratégia em contribuir com os aspectos de humor ou até mesmo emocionais, tendo em vista que, como foi citado pelos usuários do serviço no qual essa intervenção foi realizada.

Grande parte da população acaba por corroborar em problemas de depressão ou até

mesmo ansiedade, em uma compulsão alimentar como forma de válvula de escape diante dos problemas enfrentados. Dessa forma acabam ingerindo alimentos com alto teor calórico em uma quantidade exacerbada, prejudicando todo o sistema metabólico e hemodinâmico do paciente. Na contramão dessa problemática, se torna válido ressaltar que o consumo constante de frutas, verduras e hortaliças tem uma capacidade gigantesca de melhorar a nossa capacidade mental e até imunológica, combatendo agravantes como depressão e até mesmo outros tipos de transtornos.

São os nutrientes presentes nos alimentos, a exemplo do magnésio, fibras, zinco, ferro, vitamina C e todas que fazem parte do complexo B a verdadeira força motriz na estabilidade do suprimento de minerais que o nosso sistema neurológico necessita, pois permitem uma melhor comunicação neuronal e sinapses nervosas em caráter totalitário. Após inúmeras pesquisas e instrumentos, hoje uma alimentação pautada no consumo de alimentos saudáveis não se relaciona apenas com problemas cardiovasculares, assim como também em um bom desenvolvimento intelectual e com níveis oscilatórios de humor.

Em suma, mediante tudo o que foi explanado, manter bons hábitos alimentares é

um recurso sensacional para garantir um bom progresso intelectual e de memória, reafirmando mais do que nunca, que a alimentação está diretamente interligada a alteração de fatores psicológicos, urgindo a necessidade de consumir alimentos ricos em nutrientes que favoreçam tanto uma melhor cognição, raciocínio e menor alteração de humor, garantindo assim uma melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Além de obter resultados positivos quanto ao objetivo do presente estudo, não se pode deixar de notar que o ganho do conhecimento para com a realidade desses usuários é, de fato, sem preço, pois, ao relatarmos a grande diferença na vida alimentar deles, antes e pós tratamento, percebeu-se o quanto importante é uma boa alimentação para o desenvolvimento de pessoas com distúrbios de ansiedade e depressão. Sendo assim, o trabalho obteve resultado positivo para o bem-estar mental e social de pessoas que buscam a inserção na sociedade e melhoria na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRETTA, I. *et al.* Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Usuários de Drogas em Tratamento em Comunidades Terapêuticas, *Psico-USF*, v. 23, p. 361, 2018.

MENDES, T. Qual a relação entre Nutrição e Saúde Mental?. 2020. Disponível em: <https://vitallogy.com/feed/Qual+a+relacao+entre+Nutricao+e+Saude+Mental+%3F/1290>. Acesso em: 09 abr. 2021.

CAPÍTULO 21

O IMPACTO DA AIDS NA SAÚDE MENTAL: REVISÃO DE LITERATURA

Palavras-chave: HIV; Saúde Mental; Transtornos Mentais

ANA CAROLINA SOUZA GALVÃO¹
LUANA IZABELA AZEVEDO DE CARVALHO¹
VIRGÍNIA SOUZA GALVÃO¹

1. Discente do curso de Medicina na Universidade Estadual do Amazonas.



INTRODUÇÃO

Em meados de 1980, a manifestação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) acarretou em espectros construídos no imaginário social, aumentando a ideia de peste, instigando sentimentos e preconceitos, os quais tornaram a doença um grande estigma para a sociedade. Esses fatores afetam diretamente o bem-estar e a saúde mental dos portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (GARRIDO *et al.*, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a atenção às necessidades psicossociais das pessoas com AIDS seja uma parte integral do cuidado com o HIV. Isso inclui assistência com emprego, moradia, lidar com a doença e com a discriminação. Programas de saúde mental têm sido empregados nos programas de HIV em países desenvolvidos por muitos anos, demonstrando a conexão entre os portadores de HIV e saúde mental. Desde o momento que se deparam com o positivo no exame, os pacientes apresentam intensas emoções relacionadas à morte, às reações das suas famílias e dos núcleos sociais que estão inseridos. Esse quadro tem como consequência as mudanças de comportamento, do modo de viver e de perceber a vida do portador de AIDS, levando até mesmo a um isolamento exacerbado (BETANCUR *et al.*, 2017).

No Brasil, por exemplo, a inclusão social e a humanização dos tratamentos de portadores de sofrimento psicológico, como é o caso dos portadores de HIV, é garantida pela Reforma Psiquiátrica, número 10.216, de abril de 2001, porém a saúde mental desses pacientes ainda é uma das maiores ameaças frente ao panorama total da doença.

O objetivo deste estudo foi reunir a literatura para compreender e abordar os fatores que impactam a saúde mental das pessoas que vivem com HIV.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de março a abril de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: SciELO, Google acadêmico, PubMed e LILACS. Foram utilizados os descritores: “AIDS”, “depressão”, “HIV”, “saúde mental” e “transtornos mentais”. Desta busca foram encontrados 5.340 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês, espanhol, mandarim e alemão; publicados no período entre dezembro de 2004 e dezembro de 2019 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisões de literatura, monografia e artigos originais, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram estudos que especificam idade, gênero, artigos duplicados, além dos que não abordavam diretamente com a psicopatologias dos infectados por HIV e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 42 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: o tropismo do HIV pelo sistema nervoso central (SNC), o impacto psicológico, estigma e transtornos mentais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidos 5.340 títulos e resumos por meio de bancos de dados eletrônicos.

Após a remoção de duplicatas, 3.108 registros potencialmente elegíveis permaneceram. Após uma nova triagem, a avaliação de elegibilidade foi realizada com 978 artigos de texto completo; estes foram verificados em relação aos critérios de exclusão e 120 estudos permaneceram para inclusão. Após a remoção dos estudos por heterogeneidade (por exemplo, desfechos raros), dados ausentes e dados duplicados, 42 estudos foram incluídos na série final desta revisão.

A terapia antirretroviral (TARV) proporcionou mudanças de paradigma no tratamento da infecção pelo vírus do HIV. No entanto, 37 anos após a descoberta do vírus pelo Instituto Pasteur, na França, a saúde mental dos infectados pelo HIV é preocupante e pouco discutida. Transtornos de saúde mental são comuns em pessoas vivendo com HIV ou como são comumente chamadas, em inglês, *People Living With HIV* (PLWH). Além disso, esses transtornos estão geralmente relacionados ao estigma da doença, a implicação direta do vírus, as infecções oportunistas no sistema nervoso central, além de quadros depressivos e abuso de substâncias, como álcool e drogas injetáveis ou não (LESERMAN, 2008).

À vista disso, destacam-se duas formas de avaliação. A primeira concentra-se nos efeitos diretos da ação do vírus e outras patologias relacionadas ao cérebro. A segunda estuda o impacto psicológico, repercussões sociais e as possíveis complicações psiquiátricas a partir do diagnóstico e seguindo na evolução do tratamento (HEATON *et al.*, 2010).

O tropismo do HIV pelo Sistema Nervoso Central (SNC)

O Sistema Nervoso Central (SNC) é um importante reservatório potencial para o

HIV, o qual é geralmente localizado no líquido cefalorraquidiano (LCR) e tecido cerebral desde o início da infecção e segue em sua evolução, manifestando ou não sintomas neurológicos (CHRISTO, 2010). O vírus infecta e replica-se em macrófagos, micróglia e células multinucleadas da glia, mas está principalmente no LCR (GAYNES *et al.*, 2008). Sabe-se também que a entrada do vírus no SNC pode resultar em distúrbios neurocognitivos associadas ao HIV, do inglês (*HIV-associated neurocognitive disorders*, HAND) as quais acometem 40% a 70% dos pacientes portadores do HIV no decorrer da doença (SEVIGNY *et al.*, 2007).

É importante destacar que o advento da TARV proporcionou algum sucesso no tratamento da HAND, diminuindo as formas mais graves desses distúrbios (MCARTHUR *et al.*, 2010). Os efeitos do HIV no cérebro são avaliados por meio de testes neurocognitivos, sendo que a HAND é dividida em três categorias: desordem neurocognitiva menor (DNM), insuficiência neurocognitiva assintomática associada ao HIV (ANI) e a demência associada ao HIV (HAD), sendo esta a mais grave (KRANICK & NATH, 2012). Segundo Heaton *et al.* (2010), a prevalência de HAND atinge cerca de 46,5% das pessoas infectadas pelo HIV nos EUA (HEATON *et al.*, 2010). Outro estudo semelhante realizado em Santiago, no Chile, analisou que a prevalência se encontrava em 58,2% da população entrevistada (TORO *et al.*, 2018).

O vírus entra pelo mecanismo conhecido como “Cavalo de Tróia”, atravessando a barreira hematoencefálica através de macrófagos infectados. No cérebro, infecta células gliais que, em última instância, secretam neurotoxinas que levam ao dano e morte neuronal (SPUDICH & GONZALEZ-

SCARANO, 2012). Exames de necropsia de pacientes HIV positivos mostraram a presença do vírus em estruturas corticais e subcorticais, como lobos frontais, substância branca subcortical e núcleos da base (HEATON *et al.*, 2010). No entanto, mecanismos que levam ao dano cognitivo ainda não são totalmente conhecidos, mas neurotoxinas liberadas pela micróglia e macrófagos periventriculares causam liberação de citocinas e quimosinas, que levam à modificação da arquitetura sináptica do córtex (ELLIS *et al.*, 2009).

A resposta imunológica juntamente com neuroinflamações podem estar associadas a infecção no SNC, devido a ativação de células gliais residentes (macrófagos, micróglia e astrócitos), que estão também associados com lesões neuronais, sendo reversíveis ou não. A neuroinflamação está associada com a replicação do HIV, tanto na periferia quanto no interior do sistema nervoso central em que a ativação dos macrófagos tem sido correlacionada com a HAND (MCARTHUR *et al.*, 2010).

O tratamento consiste principalmente no uso efetivo da TARV, observando o maior efeito positivo dessa medida em pessoas com pior estado neurocognitivo basal e cargas virais mais elevadas (EGGERS *et al.*, 2017). Em relação a terapia adjuvante, o uso de medicamentos como rivastigmina, ácido valpróico e lítio foram sugeridos para melhorar a função cognitiva dos pacientes. Entretanto, não há nenhuma comprovação exata de eficácia (CALCAGNO *et al.*, 2017). Por outro lado, uma medida que tem se mostrado positiva é a utilização de protocolos de reabilitação, utilizando-se de estratégias como a realização de exercícios cognitivos (LIVELLI *et al.*, 2015). Por fim, a triagem periódica e o controle rigoroso do próprio

médico psiquiatra são de extrema importância para o tratamento e, conseqüentemente, o aumento das funções cognitivas, além de prevenir o aparecimento de transtornos mentais, como por exemplo, a depressão (HEATON *et al.*, 2010).

O impacto psicológico, o estigma e transtornos mentais

O HIV-AIDS é uma doença que marca profundamente a pessoa acometida, pois afeta o seu bem-estar físico, mental e social, além de envolver sentimentos negativos como depressão, ansiedade, angústia e medo da morte, interferindo em sua identidade e autoestima. Sabe-se que desde o momento do diagnóstico, o indivíduo infectado passa por uma sobrecarga emocional que leva às mudanças de comportamento e do modo de viver e perceber a vida. O medo da rejeição, culpa, irresponsabilidade, entre outros, são muito comuns entre os infectados (LESERMAN, 2008).

O estigma, comumente relacionado a doenças mentais ou infecciosas, tem bastante repercussão em numerosas áreas da saúde pública. Para a HIV/AIDS, esse fator está associado ao aumento de casos, já que se cria uma série de metáforas que reforçam e legitimam a estigmatização tanto das “vítimas” como dos “culpados”. Desde a sua descoberta, o HIV/AIDS é associado como morte iminente, relacionando os pacientes como sendo merecedores de punição. Tal estereótipo dificulta a divulgação da prevenção da doença, além de ser responsável pela discriminação dos acometidos pela doença. Dessa forma, a Assembleia da Organização das Nações Unidas (UNGASS) tem como objetivo transversal do compromisso sobre HIV/AIDS abrandar esse

estigma, visando mais assistência à saúde mental dos afetados (GARRIDO *et al.*, 2007).

Depressão

Dentre todos os transtornos mentais que foram analisados nesta revisão, a depressão é o mais predominante entre os soropositivos (BETANCUR *et al.*, 2017), uma vez que está associada a má adesão à terapia medicamentosa, o que pode resultar no desenvolvimento de mutações virais, levando à resistência aos medicamentos (BANGSBERG, 2004). Esse transtorno é bastante associado ao estigma do HIV e nas baixas da saúde física (BOARTS *et al.*, 2009) e se caracteriza por perda de interesse, diminuição da concentração, humor alterado, perda de prazer, baixa autoestima, mau apetite e pensamentos recorrentes de morte (GONZALEZ *et al.*, 2011). LOGIE *et al.* (2013) observaram que os soropositivos têm duas vezes mais chances de apresentarem depressão grave e são oito vezes mais propícios a manifestar uma doença mental grave quando comparados aqueles que são soronegativos.

Um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro detectou que, entre a população analisada, a depressão leve esteve presente em 31,5% dos pacientes e a moderada em 21,3%, estando de acordo com outro estudo realizado na cidade de Cardum, no Sudão (ELBADAWI & MIRGHANI, 2017). Da mesma forma, em uma pesquisa entre mulheres realizada na Bahia, Oliveira *et al.* (2015) detectou que o sentimento de culpa após a descoberta da soropositividade, prejudicou as relações sociais e a saúde mental das entrevistadas.

Entre os fatores que podem contribuir para a gravidade da depressão em pessoas infectadas pelo HIV, destacam-se os efeitos

do vírus no SNC, estigma, isolamento, alterações no físico, culpa e debilitação (GONZALEZ *et al.*, 2011). Além disso, comportamentos de autocuidado inadequados são descritos como possíveis consequências da depressão, uma vez que podem resultar em uma prática sexual desprotegida, abuso de substâncias, baixa adesão ao tratamento, além de aumentar o risco de disseminação do vírus (BOARTS *et al.*, 2009). Dados meta-analíticos mostraram que pacientes que sofrem com depressão possuem três vezes mais chances de não seguirem os protocolos de tratamento, fato que está de acordo com a literatura analisada, a qual relata uma diminuição no estado de saúde e qualidade de vida (BETANCUR *et al.*, 2017).

Ansiedade

Por outro lado, a ansiedade se caracteriza pela presença de sentimento de culpa, angústia e transtorno de pânico que acarretam em estresse e fobias (GONZALEZ *et al.*, 2011). Chaudhury *et al.* (2016) observaram que sintomas clinicamente significativos de ansiedade são prevalentes em até 82% dos infectados por HIV. Também foi constatado que o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é bem comum entre PLWH, pois cerca de 6,5% a 20% dos adultos que vivem com HIV atendem aos critérios do diagnóstico (CHAUDHURY *et al.*, 2016). A TAG se manifesta por preocupações persistentes ou aversões que causam sofrimento, prejudicando o funcionamento ocupacional, social e físico. Além disso, a ansiedade, assim como a depressão e outros transtornos apresentados nesta revisão, está associada a baixa adesão da TARV e aos desfechos negativos relacionados à saúde, como progressão avançada da doença e o

aumento da mortalidade (BETANCUR *et al.*, 2017).

Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

O transtorno de estresse pós-traumático é geralmente associado à depressão (CAMPBELL *et al.*, 2004), sendo não só comum entre os soropositivos, mas também associado a desfechos deletérios de saúde e comportamento, incluindo a evolução da doença e a não adesão à TARV (LESERMAN *et al.*, 2008). Kessler *et al.* (2005) afirmaram que a prevalência de TEPT para PLWH varia entre 22 a 60% em relação a 7% da população em geral. Um estudo semelhante detectou também que mulheres infectadas pelo HIV (30%) possuem cinco vezes mais chance de apresentarem TEPT em relação à população geral feminina dos EUA (SHERR *et al.*, 2011).

Os fatores associados ao desenvolvimento do TEPT são diversos, principalmente em países de baixa e média renda (LMIC), onde foram relatadas taxas de até 40% (CAMPBELL *et al.*, 2004). Peterson *et al.* (2012) detectaram que, na Gâmbia, o TEPT estava ligado à pobreza, à baixa contagem de CD4, à população feminina e ao grau da infecção pelo HIV; na África do Sul, Seedat (2012) verificaram que o estigma e a progressão da doença também estavam presentes nessa lista. Além disso, a ligação entre TEPT e a adesão ao tratamento ainda se mostra controversa, uma vez que alguns estudos analisados nessa revisão possuem resultados conflitantes (REILLY *et al.*, 2009; SLEDJESKI *et al.*, 2005; VRANCEANU *et al.*, 2008), sugerindo que esse transtorno é altamente desproporcional entre os indivíduos infectados pelo HIV.

Abuso de substâncias

O uso e abuso de substâncias são comuns em pessoas infectadas pelo HIV/AIDS, sendo que cerca de 50% desses indivíduos relatam histórias atuais ou passadas de transtornos de drogas ou álcool (GARRIDO *et al.*, 2007). Chander *et al.* (2006) observaram que o uso dessas substâncias está associado com piores desfechos e comportamentos da doença.

Lucas (2011) associaram a saúde precária, condições psiquiátricas comórbidas, comprometimento cognitivo, fatores psicossociais, fatores demográficos, uso e abuso de drogas e crenças em saúde como fatores associados à não adesão do tratamento. Garrido *et al.* (2007) observaram que a carga viral é cinco vezes maior entre aqueles que endossam o uso regular de estimulantes em comparação com aqueles que não relataram uso estimulante.

Além disso, esse transtorno é definido também como um vetor direto e indireto para a disseminação do vírus do HIV. Klinkenberg *et al.* (2004) perceberam que os vetores diretos acontecem por meio do compartilhamento de objetos contaminados, como as injeções, por exemplo. Já os vetores indiretos envolvem comportamentos sexuais de risco que corroboram para o aumento da transmissão do vírus. Segundo dados da Pesquisa de Custo do HIV e utilização, entre as pessoas infectadas pelo HIV que faziam o uso do álcool, 8% eram alcoólatras e, também foi constatado que os níveis de bebidas eram mais elevados naqueles que abusavam de outras drogas, como heroína e cocaína (CONIGLIARO *et al.*, 2004). Em sua pesquisa, Klinkenberg *et al.* (2004) detectaram também que a soropositividade do

HIV é manifestada em 30-40% dos usuários de drogas injetáveis.

Suicídio

Pessoas vivendo com HIV/AIDS são consideravelmente mais propensas a cometer suicídio quando comparadas a população em geral (CARRICO, 2010). A ideia do suicídio geralmente ocorre logo após o diagnóstico. Schlebusch & Govender (2015) analisaram que a taxa de ideação suicida foi de 20,5% em 72 horas e 28,8% em seis semanas após o diagnóstico de HIV. Outro estudo observou que o suicídio foi a principal causa de morte em PLWH com menos de 50 anos (17% homens, 25% mulheres) (GOEHRINGER *et al.*, 2017).

Li *et al.* (2017) detectaram que 45,2% dos pacientes HIV-positivos expressaram ideação suicida após seis meses do diagnóstico. Outro estudo semelhante revelou que as taxas de ideação suicida foram de 27,2%, 21,6% e 25,8% e as taxas de tentativa de suicídio foram de 14,7%, 8,6% e 13,3% no início do estudo, no 3º mês e 6º mês, respectivamente, entre os pacientes soropositivos seis a 12 meses após o diagnóstico. Além disso, também se observou que os níveis mais elevados de educação e apoio familiar diminuíram a ideia de suicídio (EGBE *et al.*, 2017).

Goehring *et al.* (2017) relacionaram o suicídio com as comorbidades psiquiátricas e concluíram que estas servem como preditores do risco de suicídio. Por exemplo, TEPT, depressão e abuso de substâncias são quase que completamente associados a HIV-positivos, e são, cada um, independentemente ligados ao risco de suicídio (CARRICO, 2010). Egbe *et al.* (2017) relataram que o comportamento suicida foi aumentado em 15

vezes para o diagnóstico de depressão, oito vezes para abuso de substâncias e três vezes para TEPT em PLWH.

Esses achados só reforçam a necessidade de dar mais atenção à saúde mental nas PLWH. Segundo Egbe *et al.* (2017), encontrar um significado na vida é um indicador de bem-estar e ajuda no gerenciamento da vivência com o HIV. Além disso, o suporte externo é indicativo de menores níveis de transtornos mentais. Por isso, são necessários exames detalhados sobre a saúde mental dos HIV-positivos, além de um acompanhamento rigoroso com o médico psiquiatra ou um psicólogo.

CONCLUSÃO

A disseminação em massa do HIV pelo mundo teve início na década de 1970, apesar da doença ser reconhecida apenas na década de 1980. Rapidamente tornou-se um dos maiores desafios de saúde pública, pois essa infecção marca profundamente o paciente, principalmente porque afeta o seu bem-estar físico, mental e social, além de envolver sentimentos negativos como depressão, angústia e medo da morte, interferindo em sua identidade e autoestima.

A partir da realização desta revisão literária, foi observado que a convivência com esse vírus gera uma carga emocional imensa em diversas dimensões da vida de um indivíduo soropositivo, desde o momento do impacto do diagnóstico e seguindo no decorrer da doença, contribuindo para o aparecimento de transtornos mentais.

Por fim, é importante que desde o momento do diagnóstico, o indivíduo possua suporte psicológico, assim como também são necessárias intervenções futuras que possam incorporar atividades para a autoaceitação e construção de autoestima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANGSBERG, D.R. Paradoxes of adherence and drug resistance to HIV antiretroviral therapy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, v. 53, p. 696, 2004.
- BETANCUR, M.N. *et al.* Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 21, p. 507, 2017.
- BOARTS, J.M. *et al.* The Impact of HIV Diagnosis-Related vs. Non-Diagnosis Related Trauma on PTSD, Depression, Medication Adherence, and HIV Disease Markers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, v. 6, p. 4, 2009.
- CALCAGNO, A. *et al.* Treating HIV Infection in the Central Nervous System. *Drugs*, v. 77, p. 145, 2017.
- CAMPBELL, D.G. *et al.* Prevalence of Depression–PTSD Comorbidity: Implications for Clinical Practice Guidelines and Primary Care-based Interventions. *Journal of General Internal Medicine*, v. 22, p. 711, 2007.
- CARRICO, A.W. Elevated suicide rate among HIV-positive persons despite benefits of antiretroviral therapy: implications for a stress and coping model of suicide. *The American Journal of Psychiatry*, v. 167, p. 117, 2010.
- CHANDER, G. *et al.* Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients: epidemiology and impact on antiretroviral therapy. *Drugs*, v. 66, p. 769, 2006.
- CHAUDHURY, S. *et al.* Prevalence, impact, and management of depression and anxiety in patients with HIV: a review. *Neurobehavioral HIV Medicine*, v. 7, p. 15, 2016.
- CHRISTO, P.P. Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e Aids. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 56, p. 242, 2010.
- CONIGLIARO, J. *et al.* The Veterans Aging Cohort Study: observational studies of alcohol use, abuse, and outcomes among human immunodeficiency virus-infected veterans. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, v. 28, p. 313, 2004.
- EGBE, C.O. *et al.* Depression, suicidality, and alcohol use disorder among people living with HIV/AIDS in Nigeria. *BMC Public Health*, v. 17, 2017.
- EGGERS, C. *et al.* HIV-1-associated neurocognitive disorder: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Journal of Neurology*, v. 264, p. 1715, 2017.
- ELBADAWI, A. & MIRGHANI, H. Depression among HIV/AIDS Sudanese patients: a cross-sectional analytic study. *Pan African Medical Journal*, v. 26, 2017.
- ELLIS, R.J. *et al.* HIV Infection and the Central Nervous System: A Primer. *Neuropsychology Review*, v. 19, p. 144, 2009.
- GARRIDO, P.B. *et al.* Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, p. 72, 2007.
- GAYNES, B.N. *et al.* Prevalence and Comorbidity of Psychiatric Diagnoses Based on Reference Standard in an HIV+ Patient Population. *Psychosomatic Medicine*, v. 70, p. 505, 2008.
- GOEHRINGER, F. *et al.* Causes of Death in HIV-Infected Individuals with Immunovirologic Success in a National Prospective Survey. *AIDS Research and Human Retroviruses*, v. 33, p. 187, 2017.
- GONZALEZ, J.S. *et al.* Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-analysis. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v. 58, p. 181, 2011.
- HEATON, R.K. *et al.* HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of potent antiretroviral therapy: CHARTER Study. *Neurology*, v. 75, p. 2087, 2010.
- KESSLER, R.C. *et al.* Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, v. 62, p. 617, 2005.
- KLINKENBERG, W.D. *et al.* Mental disorders and drug abuse in persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, v. 16, p. 22, 2004.
- KRANICK, S.M. & NATH, A. Neurologic complications of hiv-1 infection and its treatment in the era of antiretroviral therapy. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, v. 18, p. 1319, 2012.
- LESERMAN, J. Role of Depression, Stress, and Trauma in HIV Disease Progression. *Psychosomatic Medicine*, v. 70, p. 539, 2008.

LIVELLI, A. *et al.* Evaluation of a cognitive rehabilitation protocol in hiv patients with associated neurocognitive disorders: Efficacy and stability over time. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, v. 9, 2015.

LOGIE, C. *et al.* Associations between hiv-related stigma, racial discrimination, gender discrimination, and depression among hiv-positive african, caribbean, and black women in Ontario, Canada. *AIDS Patient Care and STDs*, v. 27, p. 114, 2013.

LUCAS, G.M. Substance abuse, adherence with antiretroviral therapy, and clinical outcomes among HIV-infected individuals. *Life Sciences*, v. 88, p. 948, 2011.

MCARTHUR, J.C. *et al.* Human immunodeficiency virus-associated neurocognitive disorders: Mind the gap. *Annals of Neurology*, v. 67, p. 699, 2010.

OLIVEIRA, A.D.F. *et al.* Effects of HIV in daily life of women living with AIDS. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, p. 1975, 2015.

PETERSON, K. *et al.* Depression and posttraumatic stress disorder among HIV-infected Gambians on antiretroviral therapy. *AIDS patient care and STDs*, v. 26, p. 589, 2012.

REILLY, KH. *et al.* The effect of post-traumatic stress disorder on HIV disease progression following hurricane Katrina. *AIDS care*, v. 21, p. 1298, 2009.

SCHLEBUSCH, L. & GOVENDER, R.D. Elevated Risk of Suicidal Ideation in HIV-Positive Persons. *Depression Research and Treatment*, v. 2015, p. 609172, 2015.

SEEDAT, S. Interventions to improve psychological functioning and health outcomes of hiv-infected individuals with a history of trauma or PTSD. *Current HIV/AIDS Reports*, v. 9, p. 344, 2012.

SEVIGNY, J.J. *et al.* An evaluation of neurocognitive status and markers of immune activation as predictors of time to death in advanced HIV infection. *Archives of Neurology*, v. 64, p. 97, 2007.

SHERR, L. *et al.* HIV infection associated post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth--a systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, v. 16, p. 612, 2011.

SLEDJESKI, E.M. *et al.* Incidence and impact of posttraumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4+ counts in people living with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, v. 19, p. 728, 2005.

SPUDICH, S. & GONZALEZ-SCARANO, F. HIV-1-Related central nervous system disease: current issues in pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, v. 2, p. a007120, 2012.

TORO, P. *et al.* Neurological soft signs as a marker of cognitive impairment severity in people living with HIV. *Psychiatry Research*, v. 266, p. 138, 2018.

VRANCEANU, A.M. *et al.* The relationship of post-traumatic stress disorder and depression to antiretroviral medication adherence in persons with HIV. *AIDS patient care and STDs*, v. 22, p. 313, 2008.

CAPÍTULO 22

USO DA CETAMINA NO PROGNÓSTICO DA DEPRESSÃO MAIOR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Palavras-chave: Depressão; Cetamina; Eletroconvulsoterapia

LUCAS MACHADO CAMPOS¹
JÚLIA DE OLIVEIRA PERILLO²
MARCELLE DE CASTRO BARAKY²
THAIS MARTINS DE OLIVEIRA RODRIGUES²
THAIS SIQUEIRA COSTA²

1. Docente da disciplina psiquiatria do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora.

2. Discente de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora.



INTRODUÇÃO

A depressão maior está entre as principais causas de deficiência em todo o mundo e, em suas formas graves, pode ser refratária e crônica, desencadeando desfechos sombrios. A resposta por vezes fraca aos tratamentos antidepressivos, longa latência da eficácia antidepressiva, taxas estagnadas ou mesmo crescentes de suicídios cometidos e uma escassez no desenvolvimento de drogas antidepressivas mecanicamente novas, induzem a busca de tratamentos alternativos e de maior eficácia. Diante disso, uma alternativa para pacientes gravemente deprimidos, ou aqueles que não respondem ao tratamento medicamentoso, seria o uso da eletroconvulsoterapia (ECT).

A ECT é altamente eficaz, mas uma série de fatores, incluindo o perfil de efeitos colaterais, a necessidade de atendimento hospitalar e o estigma, restringem seu uso (FERNIE *et al.*, 2017). A atenuação desses fatores pode melhorar a aceitabilidade da ECT como tratamento. Diante desse contexto, a cetamina caracteriza-se como um candidato a agente de mitigação devido às recentes evidências a apontarem como um poderoso agente adjuvante no tratamento de depressões graves e como um anestésico durante a ECT. Tal medicamento caracteriza-se como um antagonista reversível do receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), embora também atue como um opioide fraco e agonista do receptor A do ácido γ -aminobutírico (GABA) e um inibidor fraco da recaptação da monoamina, configurando-se como uma alternativa eficaz a outros anestésicos, como o propofol. Foi demonstrado que a anestesia com cetamina na ECT leva a uma melhora terapêutica e redução significativa dos escores de depressão durante o início do tratamento, uma vez que a

cetamina aumenta a liberação de glutamato em doses sub anestésicas. Além disso, a cetamina também é conhecida por diminuir o limiar convulsivo (RITTER *et al.*, 2019).

O objetivo deste estudo foi verificar por meio de revisão sistemática da literatura a eficácia da cetamina quando associada à ECT no prognóstico da depressão maior, assim como seus efeitos antidepressivos inerentes.

MÉTODO

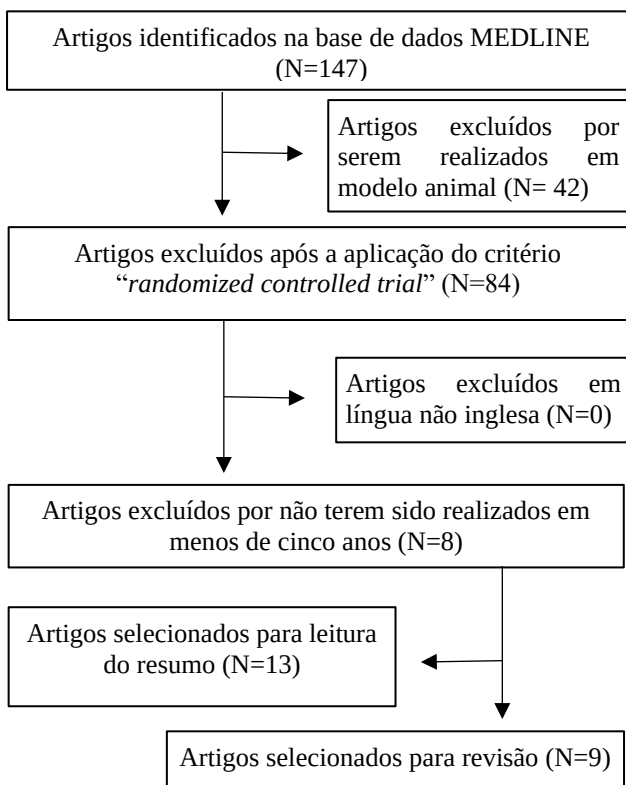
O estudo realizado caracteriza-se por uma revisão integrativa de literatura, que consistiu na busca de artigos científicos baseados na temática uso da cetamina na terapia eletroconvulsiva no prognóstico da Depressão Maior.

A revisão integrativa consiste no cumprimento das etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; identificação dos estudos nas bases científicas; avaliação dos estudos selecionados e análise crítica; categorização dos estudos; avaliação e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa.

A busca dos artigos foi realizada no mês de agosto de 2019. A pesquisa teve início com a busca por artigos publicados entre os anos de 2014 a 2019 e indexados na base de dados MEDLINE, busca feita através do portal PubMed na própria base. Foram utilizadas para a busca dos artigos, as palavras e expressões: depressão, cetamina e eletroconvulsoterapia, além de suas variáveis no MeSH e Decs. Os critérios de inclusão foram estudos que envolveram pacientes com diagnóstico de Depressão Maior resistente a tratamentos farmacológicos, enquanto os de exclusão foram aqueles que não estavam

diretamente relacionados ao tema. Foram encontradas 147 publicações e, após a aplicação dos critérios apresentados, apenas nove fizeram parte da análise final. A escala PRISMA (Tabela 22.1) foi utilizada no intuito de melhorar o relato desta revisão.

Tabela 22.1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uso da Eletroconvulsoterapia

Pode-se definir a eletroconvulsoterapia (ECT) como a utilização de descargas repetitivas eletricamente induzidas nos neurônios no sistema nervoso central para tratamento (SILVA *et al.*, 2008). Essa técnica está situada no conjunto de métodos físicos de tratamento em psiquiatria e tem o objetivo de produzir alterações no comportamento ou ainda a

finalidade de obter melhora em sintomas psiquiátricos. Pode-se dizer que a indução repetida de convulsões é o evento principal na eficácia do tratamento. Porém, adverte-se que as convulsões alteram sintomas individuais ou, no máximo, grupo de sintomas, não funcionando como resolutor de transtornos ou doenças.

São eleitos alguns critérios para a indicação de ECT como forma de tratamento. Deve-se escolher a ECT como tratamento de primeira escolha nos casos em que há necessidade de melhora rápida, quando os riscos de outros tratamentos forem maiores comparados aos do procedimento, quando há histórico de boa resposta à ECT em momentos anteriores ou resposta insatisfatória ao uso de psicofármacos, e, ainda, quando a pessoa opta por esse tipo de intervenção. A esse respeito, acrescenta-se ainda que a ECT pode ser mais segura que alguns tratamentos farmacológicos, aos fisicamente debilitados, aos idosos e às gestantes, desde que com os devidos cuidados e monitoramento.

Já como tratamento de segunda escolha, é direcionada para casos nos quais, mesmo na vigência do uso adequado de psicofármacos (quanto à dose e tempo de duração), ocorrem ausência de resposta terapêutica satisfatória, severos ou maiores efeitos colaterais em relação aos da ECT e deterioração do quadro clínico-psiquiátrico.

Ao preparar um paciente para a ECT, a escolha do anestesiológico quanto ao tipo e dose dos agentes de indução deve equilibrar o que é necessário para deixar o paciente suficientemente anestesiado sem interferir na indução ou duração da convulsão (YEN *et al.*, 2016). Uma vez estabelecida a indicação clínica da ECT, os usuários deverão passar por uma extensa avaliação clínica. Essa avaliação prévia tem tripla finalidade: avaliar a

gravidade do quadro psiquiátrico, a fim de que sejam estudados os efeitos terapêuticos; avaliar as funções cognitivas através de testes neuropsicológicos, em especial a memória, que servirão como ponto de referência para a avaliação dos efeitos colaterais sobre ela; identificar e tratar quaisquer condições clínicas que possam oferecer riscos de maiores efeitos colaterais ou mesmo que contraindiquem o tratamento.

Os anestésicos utilizados para anestesia geral na ECT devem apresentar rápido início de ação, rápido despertar, não devem interferir na atividade epilética e não devem encurtar a duração da convulsão, sendo cetamina e propofol os agentes de estudos mais recentes.

Uso de cetamina como anestésico na eletroconvulsoterapia

A cetamina pode ser administrada por via intravenosa, subcutânea, intramuscular, intranasal e oral. Devido à absorção gastrointestinal imprevisível e a baixa biodisponibilidade, seu uso oral é incomum. Clinicamente é utilizado como sedativo e anestésico em cirurgia pediátrica e em pacientes traumáticos, uma vez que não causa hipotensão ou depressão respiratória, sendo também usado em anestesia regional e no estado de mal asmático. Seu uso em anestesia geral diminuiu devido à disponibilidade de agentes mais toleráveis e seguros, mas, recentemente, ressurgiu com a expansão da cirurgia ambulatorial devido às suas excelentes propriedades analgésicas e relativa falta de supressão respiratória, além da descoberta de seu uso eficaz na terapia ECT.

Muitos estudos de segurança e eficácia compararam os efeitos desses agentes de indução na duração, intensidade, tempo de

desorientação das crises e no resultado do tratamento. Na última década, o uso de cetamina para tratamentos de ECT mostrou benefícios potenciais devido à sua capacidade de diminuir o limiar convulsivo e diminuir a desorientação e amnésia retrógrada.

A cetamina é um anestésico dissociativo, analgésico e psicotomimético que inibe os receptores NMDA, mas também estimula a liberação de glutamato e potencializa a atividade em receptores não NMDA, como os receptores AMPA (TREVITHICK *et al.*, 2015). O mecanismo de seu efeito na atenuação do comprometimento é desconhecido, mas tem sido sugerido que sua ação como um antagonista NMDA pode ter um papel protetor na redução do dano neuronal excitatório visto após as crises. Também foi sugerido que a cetamina tem efeitos antidepressivos inerentes, que podem melhorar a eficácia do tratamento. A anestesia com cetamina durante a ECT também pode ter efeitos neuroprotetores adicionais ou independentes contra déficits na função cognitiva associados à terapia. A cetamina é um antagonista não competitivo do receptor NMDA e a ativação dos receptores NMDA é necessária para a indução de uma forma de plasticidade sináptica chamada potenciação de longo prazo (LTP), um mecanismo potencial formação de memória subjacente.

Sugeria-se que o uso de anestesia com cetamina durante a estimulação eletroconvulsiva pode prevenir alterações semelhantes à LTP no hipocampo, e, consistente com hipótese poupadora de cognição é a evidência de que o uso de cetamina como anestésico em pacientes recebendo ECT resultou em tempo de reorientação mais rápido e também evocação de palavras protegidas após seis tratamentos,

em comparação a outros anestésicos (FERNIE *et al.*, 2017).

Os efeitos diferenciais nos receptores NMDA e não NMDA podem explicar a eficácia e o perfil de efeitos colaterais da ECT e da cetamina: enquanto o aumento da neurotransmissão glutamatérgica relacionada ao NMDA da ECT pode levar ao comprometimento da memória, o bloqueio do NMDA da cetamina pode levar ao aprimoramento cognitivo. Por outro lado, a neurotransmissão glutamatérgica induzida por ECT e cetamina não mediada por receptor NMDA pode causar o efeito antidepressivo. Conclui-se, portanto, que uma combinação ECT-cetamina poderia ter um efeito antidepressivo sinérgico com efeitos colaterais cognitivos mínimos. Evidências clínicas mostram reorientação mais rápida e melhor recordação de palavras pós-ECT com cetamina como anestésico para ECT.

Comparação da cetamina com o propofol na eletroconvulsoterapia

O Propofol é um sedativo e anestésico comumente utilizado atualmente na realização da ECT, principalmente devido a sua correlação com uma resposta hemodinâmica razoável ao tratamento. No entanto, o propofol tem limitações no que diz respeito a suas potentes propriedades anticonvulsivantes, não sendo eficaz na redução da duração das crises e aumentando o seu limiar, podendo, portanto, afetar a qualidade da convulsão induzida e dificultar a eficácia do tratamento. Dessa forma, a utilização de cetamina isolada ou associada ao propofol tem sido cada vez mais avaliada em ensaios clínicos.

A combinação em questão tem sido empregada com sucesso em vários

procedimentos anestésicos. Isso pode ser atribuído ao seguinte: a cetamina pode atenuar a hipotensão relacionada ao propofol e este último pode atenuar a agitação de recuperação induzida pela cetamina e os vômitos. Assim, o uso da combinação de ambos os medicamentos tem benefícios teóricos, incluindo a eliminação da necessidade de co-administração de opioides e a minimização da dose de propofol.

Segundo o estudo de Gamble *et al.* 2018, a anestesia com cetamina comparada com a anestesia à base de propofol para o fornecimento de ECT proporcionou: 1) melhora mais rápida dos sintomas depressivos (redução de 50% dos sintomas após realização de duas ECTs com cetamina, em comparação à quatro ECTs utilizando Propofol); 2) menos tratamentos para alcançar a remissão da doença (quatro tratamentos ECT no braço da cetamina versus sete tratamentos ECT no braço do propofol), e 3) taxas de remissão de 30 dias semelhantes (GAMBLE *et al.*, 2018).

Segundo Li *et al.* 2020, a cetamina associada ao propofol-ECT produziu um efeito antidepressivo de uma semana em pacientes com ECT-RD. As alterações funcionais cerebrais induzidas por cetamina mais propofol-ECT localizaram-se principalmente no lobo pré-frontal medial, córtex cingulado anterior subgenual (sgACC), cingulado posterior, tálamo, hipocampo e lobo orbitofrontal. Mais importante, também foram encontrados resultados desconexos entre o efeito clínico e as alterações funcionais do cérebro. Embora esse fenômeno não possa ser totalmente explicado, ele fornece uma pista fundamental para que se possa explorar novos métodos para o tratamento de pacientes com ECT-RD.

Isso sugere que a cetamina isolada ou sua combinação com o propofol como

anestesia da ECT tem um efeito antidepressivo rápido e precoce superior ao da anestesia com propofol isolado, o que foi consistente com os achados de meta-análises anteriores.

Portanto, em comparação com o propofol sozinho, a cetamina sozinha e a combinação de ambos, essa última tem uma vantagem em melhorar rapidamente os sintomas depressivos de pacientes com TDM (Transtorno Depressivo Maior) submetidos a uma única sessão de ECT. Devido à heterogeneidade significativa e ao pequeno tamanho da amostra, estudos clínicos randomizados de alta qualidade são necessários para confirmar e estender esses achados (LI, 2020).

Efeitos antidepressivos da cetamina

A depressão está entre as principais causas de deficiência em todo o mundo que, em suas formas graves, pode ser fatal (ALTINAY *et al.*, 2019). O tratamento de episódios depressivos graves continua complicado devido à longa latência da eficácia antidepressiva, resposta insuficiente e alto risco de suicídio. Diante disso, a cetamina foi proposta como substância de ação rápida capaz de superar esses impedimentos. Numerosos estudos exploraram a eficácia antidepressiva de cetamina e sugere-se que uma infusão única exerce um efeito antidepressivo e anti-suicida significativo na depressão unipolar e bipolar, ou seja, a administração do antagonista de glutamato cetamina com ECT pode acelerar a melhora sintomática (ANDERSON *et al.*, 2017). Alguns estudos sugerem que a resposta ao antidepressivo pode ser melhorada e mantida por administração repetida (RITTER *et al.*, 2019). A aplicação intravenosa é a mais

comum, embora a subcutânea, a intramuscular e a intranasal também sejam bem-sucedidas.

Nesse contexto, a cetamina surge como um novo antidepressivo de ação rápida e, mesmo quando administrada em baixas doses por via intravenosa, pode reduzir rapidamente os sintomas depressivos e a ideação suicida em pacientes com transtornos afetivos (ZHONG *et al.*, 2016).

O sistema glutamatérgico desempenha um papel importante na fisiopatologia da depressão maior e no mecanismo dos efeitos antidepressivos. O rápido efeito antidepressivo da cetamina é devido à ativação da via de sinalização do alvo mamífero da rapamicina (mTOR) juntamente com a fosforilação inibitória do fator de alongamento eucariótico 2 (eEF2) e glicogênio sintase quinase-3 (GSK-) (ZHONG *et al.*, 2016).

Estudos demonstram que pacientes que receberam cetamina como anestesia na ECT versus aqueles que receberam propofol apresentaram escores na Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HDRS-17) mais baixos após o primeiro tratamento ($p = 0,025$). Uma diferença mais pronunciada foi observada entre os grupos de cetamina e propofol desde a conclusão do segundo tratamento até o último tratamento (o oitavo tratamento) (todos $p < 0,001$), demonstrando, então, que os efeitos positivos da cetamina nos sintomas depressivos são maiores conforme o número de sessões de tratamento (ZHONG *et al.*, 2016).

Estudos ainda demonstraram que a quantidade elétrica necessária para a ECT se tornou maior com a progressão do tratamento. Em relação a esse fato, a comparação de grupos indicou que a quantidade elétrica no grupo que realizou a analgesia com cetamina foi menor do que no grupo propofol ou no

grupo cetamina + propofol. Nenhuma diferença foi encontrada entre os grupos cetamina + propofol e propofol. Com relação à variabilidade da sessão, a quantidade elétrica necessária no grupo cetamina foi menor do que no grupo propofol em todos os momentos (ZHONG *et al.*, 2016).

Efeitos adversos do uso da cetamina na eletroconvulsoterapia

A análise das pressões sanguíneas sistólica e diastólica mostraram valores mais elevados para o grupo cetamina mais propofol, embora não estivessem em uma faixa perigosa. Não havia diferença na frequência cardíaca e no tempo de recuperação respiratória entre os dois grupos.

Durante os tratamentos de ECT, nenhum efeito adverso importante foi observado em pacientes que receberam cetamina mais propofol ou propofol como agente anestésico. A maioria dos pacientes em dois grupos relatou eventos adversos transitórios mínimos, incluindo taquicardia e irritabilidade. Nenhum desses efeitos colaterais foi grave o suficiente para requerer

a descontinuação do tratamento ECT (LI, 2020).

No entanto, além de suas propriedades sedativas e analgésicas, outros estudos mostram que o uso rotineiro e em altas doses de cetamina pode ser limitado devido a preocupações como psicose, bem como outras complicações psiquiátricas (DONG *et al.*, 2019), hipertensão, taquicardia, aumento da pressão intracraniana e intraocular e desorientação prolongada (YEN *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

A cetamina é um eficiente agente anestésico e sedativo a ser associado a ECT, uma vez que possui a capacidade de diminuir o limiar convulsivo, a desorientação e amnésia retrógrada, além de oferecer efeitos neuroprotetores adicionais ou independentes contra déficits na função cognitiva associados à ECT. Ademais, foi sugerido que a cetamina possui efeitos antidepressivos inerentes, que podem melhorar a eficácia do tratamento. No entanto, estudos adicionais ainda são necessários para comprovar os potenciais efeitos deste medicamento durante seu uso na eletroconvulsoterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTINAY, M. *et al.* Administration of sub-anesthetic dose of ketamine and electroconvulsive treatment on alternate week days in patients with treatment resistant depression: a double blind placebo controlled trial. *Psychopharmacology bulletin*, v. 49, p. 8, 2019.

ANDERSON, I.M. *et al.* Ketamine augmentation of electroconvulsive therapy to improve neuropsychological and clinical outcomes in depression (Ketamine-ECT): a multicentre, double-blind, randomised, parallel-group, superiority trial. *Lancet Psychiatry*, v.4, p. 365, 2017.

DONG, J. *et al.* Intermittent administration of low dose ketamine can shorten the course of electroconvulsive therapy for depression and reduce complications: A randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, v. 281, p. 165, 2019.

FERNIE, G. *et al.* Ketamine as the anaesthetic for electroconvulsive therapy: the KANECT randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, v. 210, p. 422, 2017.

GAMBLE, J.J. *et al.* Ketamine-based anesthesia improves electroconvulsive therapy outcomes: a randomized-controlled study. *Canadian Journal of Anesthesia*, v. 65, p. 636, 2018.

LI, X.M. *et al.* Effects of ketamine in electroconvulsive therapy for major depressive disorder: meta-analysis of randomised controlled trials. *General Psychiatry*, v. 33, p. 100, 2020.

RITTER, P. *et al.* Ketamine in the treatment of depressive episodes. *Pharmacopsychiatry*, v. 53, p. 45, 2019.

SILVA, M.L.B. *et al.* Revisando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 28, p. 344, 2008.

TREVITHICK, L. *et al.* Study protocol for the randomised controlled trial: Ketamine augmentation of ECT to improve outcomes in depression (Ketamine-ECT study). *BMC Psychiatry*, v. 15, p. 257, 2015.

YEN, T. *et al.* Post-electroconvulsive therapy recovery and reorientation time with methohexital and ketamine. *The journal of ECT*, v. 31, p. 20-5, 2015.

ZHONG, X. *et al.* Mood and neuropsychological effects of different doses of ketamine in electroconvulsive therapy for treatment-resistant depression. *Journal of Affective Disorders*, v. 10, p. 124-30, 2016.

CAPÍTULO 23

SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO LGBTQIA+: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS E RECOMENDAÇÕES ATUAIS

Palavras-chave: Saúde Mental; Intervenções Psicossociais; Pessoas LGBTQIA+

ALLAN MAIA ANDRADE DE SOUZA¹

LAILA FONTAN SOARES²

LARISSA FRAZÃO TORRES²

MARINA GONZAGA MOREIRA²

RENATA ARAUJO CARDOSO²

GIANFRANCO RIZZOTTO DE SOUZA³

NEUSA SICA DA ROCHA⁴

1. Médico Psiquiatra e Psicoterapeuta; Professor Associado da Faculdade de Medicina, Centro Universitário Tiradentes (UNIT), Maceió/AL, Brasil;
2. Discente do curso de Medicina, Centro Universitário Tiradentes (UNIT), Maceió/AL, Brasil;
3. Discente do curso de Medicina, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre/RS, Brasil;
4. Médica Psiquiatra e Psicoterapeuta; Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre/RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

Saúde mental é um estado de bem-estar a partir do qual o sujeito consegue realizar seu próprio potencial, lidar com tensões normais da vida, dedicar-se ao trabalho de forma produtiva e é capaz de dar uma contribuição para sua comunidade (WHO, 2013). Constitui a base para experiências emocionais satisfatórias, relacionamentos saudáveis e uma vida plena, impactando diretamente em indicadores como qualidade de vida e funcionalidade a nível individual, laboral e coletivo, o que torna o tema de grande relevância na atualidade.

O preconceito sofrido por minorias sexuais e de gênero configura um problema histórico e que causa grande impacto em termos de saúde mental (STEIN & COHEN, 1986). O acrônimo LGBTQIA+ corresponde a lésbicas, gays, bissexuais, trans, queer, intersexo, assexuais e outras variações. Reflete não apenas uma luta política comum, mas um movimento histórico que amplia e debate questões de gênero e sexualidade como fundamentais no desenvolvimento da identidade de uma pessoa em sua cultura e sociedade.

O termo gay tem sido preferido ao anterior verbete homossexual, uma vez que alude a aspectos antes relativos a uma identidade política que necessariamente à sexualidade, trazendo uma compreensão identitária mais ampla. Lésbica é um termo preferido para designar mulheres com predomínio de interesse sexual homoafetivo, enquanto bissexual diz respeito a pessoas que se direcionam afetivamente tanto para o gênero masculino quanto para o feminino. Já uma pessoa trans corresponde à definição não pela sexualidade, mas pela identidade de gênero, incongruente com a apresentada ao

nascimento. Queer é uma palavra com tradução inexata para o português, mas que alude às pessoas que transitam entre as noções habituais de gênero, compreendidas como constructos sociais antes de aspectos biológicos primários. Intersexo seria alguém cujas características sexuais e de desenvolvimento não se enquadrariam necessariamente nas habituais noções de gênero masculino e feminino. Assexual corresponde a uma pessoa que não sente interesse sexual por outro indivíduo, independente do gênero, o que pode variar em diferentes níveis. É consenso entre a população LGBTQIA+ e a comunidade científica que o uso de tais vocábulos estão associados a uma maior desestigmatização e a um menor viés heterossexista (RITTER & ERNDRUP, 2002; BRASIL, 2013; BAIOFF, 2018).

A definição de cada grupo minoritário deste acrônimo LGBTQIA+ considera a relação entre um indivíduo e uma norma social hegemônica, que habitualmente corresponde à noção de que os únicos desfechos positivos em termos de identidade sexual e de gênero seriam a heterossexualidade e a identidade de gênero cis (isto é, aquela que é congruente com o gênero apresentado ao nascimento). A teoria queer, que tem suas raízes na filosofia pós estruturalista, considera que tanto a orientação sexual como a identidade de gênero tem a ver com percursos e posições alcançadas pelo sujeito em seu desenvolvimento de identidade numa interlocução com o meio e com a sociedade em que está inserido, cuja norma é baseada numa matriz excludente. Sobre isso, Judith Butler (2019) discorre em sua célebre obra “Corpos que importam”:

(...) essa matriz excludente pela qual os sujeitos são formados requer a produção de um domínio de seres abjetos, aqueles que ainda não são ‘sujeitos’, mas que formam o exterior constitutivo do domínio do sujeito. O abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas ‘não-visíveis’ e ‘inabitáveis’ da vida social que, não obstante, são densamente povoadas por aqueles que não alcançam o estatuto de sujeito, mas cujo viver sob o signo do ‘inabitável’ é necessário para descrever o domínio do sujeito. Essa zona de inabitabilidade vai constituir o limite que circunscreve o domínio do sujeito; ela constituirá esse lugar de pavorosa identificação contra a qual – e em virtude da qual – o domínio do sujeito circunscreverá sua própria reivindicação por autonomia e vida. Nesse sentido, o sujeito é constituído por meio da força de exclusão e abjeção que produzem um exterior constitutivo para ele, um exterior abjeto que é, afinal, ‘interior’ ao sujeito como seu próprio repúdio fundacional (BUTLER, 2019, p. 18).

Sendo assim, o sujeito que destoa da norma e através dessa matriz excludente alcança a posição abjeta na sociedade de minoria sexual e/ou de gênero carrega um sofrimento psíquico expressivo e fundacional em seu desenvolvimento de identidade. O modelo do estresse de minorias compreende como esse mesmo sofrimento, que é produto do estigma, do preconceito e da vulnerabilidade social, está associado a desfechos negativos em saúde mental na população LGBTQIA+ (ROSS *et al.*, 2018). Sabidamente, o estresse de minorias sexuais e de gênero está associado ao aumento na prevalência de transtornos psiquiátricos (como ansiedade, depressão e transtornos relacionados ao trauma), complicações do HIV/AIDS, transtornos por uso de substâncias psicoativas, desemprego, exclusão social e até mesmo suicídio (BRASIL, 2013; WHO, 2013; RIMES *et al.*, 2018; ZEEMAN *et al.*, 2019).

Desigualdades enfrentadas pela população LGBTQIA+ se expressam também

num acesso não uniforme aos serviços de saúde. Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o estigma e a discriminação enfrentados por pessoas LGBTQIA+ estão associados a dificuldades em se acessar cuidados de saúde essenciais, inclusive a nível de saúde mental. Esses fatores de exclusão social perpetuam desigualdades e disparidades em saúde e aumentam a vulnerabilidade a desfechos adversos. Propõe-se que tais questões sejam avaliadas no âmbito da saúde pública em seus diversos setores de cuidado e assistência. Para tais fins, um dos objetivos propostos pela OPAS é o fomento à pesquisa e à capacitação dos gestores e profissionais para melhor assistência às pessoas LGBTQIA+.

Intervenções psicoterápicas e psicossociais voltadas para a população LGBTQIA+ constituem um importante campo de debate ao longo do último século, pensado muitas vezes segundo variações e diferentes paradigmas culturais e sociais do momento histórico vigente. A análise crítica das perspectivas históricas e das recomendações atuais no cuidado em saúde mental da população LGBTQIA+ pode fornecer subsídio a profissionais de saúde mental no intuito de reduzir o sofrimento psíquico decorrente do estigma e do preconceito.

MÉTODO

Estudo bibliográfico do tipo revisão narrativa da literatura de referência sobre o tema e de artigos indexados em plataformas científicas, como PubMed/MEDLINE, PsycInfo e SciELO. Na estratégia de busca, foram incluídos termos livres relacionados aos vocabulários controlados “*Sexual and Gender Minorities*” AND “*Mental Health*”;

“*Psychotherapy*”; “*Psychiatry*”. Não foram aplicadas restrições temporais ou linguísticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perspectivas históricas

O debate sobre as minorias sexuais e de gênero no campo da psiquiatria e da saúde mental é relativamente recente e tem sofrido uma notável evolução ao longo da história, em grande parte refletindo mudanças na sociedade ocidental e seus paradigmas conceituais.

O amor entre pessoas do mesmo sexo era encarado como um aspecto natural do comportamento sexual humano durante o período greco-romano, sancionado e mesmo celebrado em representações culturais. Platão (2017) descreve em “O Banquete” o amor entre dois homens como parte da formação de identidade do ateniense. De modo análogo, Virgílio (2014) narra dentre as histórias de “Eneida” a devoção e o amor entre os guerreiros Niso e Euríalo. Heliogábalo (203-222 d.C.), imperador romano da dinastia severa, optava por ser tratado no feminino e apesar de sua excentricidade talvez represente uma das primeiras figuras históricas compatíveis com o que hoje seria designado uma pessoa trans.

A ascensão da ética judaico-cristã modificou a tolerância social frente às minorias sexuais e de gênero e a partir do século XIII surgem as primeiras leis no escopo do direito canônico que proibiam e condenavam o comportamento homoafetivo, conforme princípios morais da época. Também nessa época qualquer forma de sexualidade que não fosse destinada para fins reprodutivos era vista como pecaminosa. Mais além, o papel de gênero muitas vezes era

confundido com a sexualidade, especificamente num viés heteronormativo, o que já era fonte profunda de sofrimento. Há relatos de diversas mulheres que ao assumir um papel de gênero masculino de acordo com o momento histórico em que viviam foram condenadas, como no caso emblemático da guerreira de Joana d’Arc.

A compreensão histórica desses eventos fundamentou os trabalhos de Karl Maria Kertbeny sobre a sexualidade humana. Em 1869, Kertbeny cunha o vocábulo homossexual em substituição aos termos pejorativos vigentes na cultura da época, como pederasta e sodomita (FÉRAY & HERZER, 1990). Pouco antes, em 1862, Karl Heinrich Ulrichs publica seu célebre “Estudos sobre o enigma do amor entre dois homens”, em que descreve o interesse homoafetivo como um fenômeno natural e com bases biológicas claras (KENNEDY, 2002). Por conta de seu pioneirismo, Ulrichs é considerado um dos fundadores da luta pelos direitos civis gays. Anos após, em 1886, Richard von Krafft-Ebing discute a sexualidade a partir de uma perspectiva médica e legal, considerando a homossexualidade e o fenômeno trans como doenças degenerativas no contexto das perversões (KRAFFT-EBING, 1939). Esta perspectiva teve ampla aceitação pelos circuitos médicos nas décadas subsequentes. Mais adiante, Havelock Ellis publicou em 1907 seus estudos sobre a “Inversão Sexual” e descreve o interesse homoafetivo e a identidade trans como variantes da normalidade, comuns em diversos povos primitivos, numa perspectiva naturalista e darwiniana. Por considerar tais fenômenos como estruturais na constituição de identidade do sujeito, mais que apenas uma questão genital, Ellis já nos advertia que qualquer

tratamento com fins reversivos deveria ser encarado com ceticismo.

A descrição de interesses pelo mesmo sexo tem suas raízes no campo da psicoterapia nos estudos de Sigmund Freud. Em “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade” (1905/2016), propõe a teoria de uma bissexualidade inata e que, desta forma, todos estariam passíveis de internalizar uma relação de objeto homoerótica num nível inconsciente. A este texto, acrescenta em 1915 uma nota de rodapé em que propõe que a pesquisa psicanalítica deve se posicionar de modo contrário às tentativas de diferenciar minorias sexuais do resto da humanidade. Neste sentido, sua visão fica clara na hoje famosa “Carta a uma mãe americana” (1935/1951):

A homossexualidade certamente pode não ser uma vantagem, mas não é nada para se envergonhar, não é vício, nem degradação; não pode ser classificado como uma doença; nós consideramos que seja uma variação da função sexual, produzida por uma certa interrupção do desenvolvimento sexual (...). Perguntando-me se posso ajudar, você quer dizer, suponho, se posso abolir a homossexualidade e fazer com que a heterossexualidade convencional tome o seu lugar. A minha resposta é que, em termos gerais, nada parecido podemos prometer. Em certos casos conseguimos desenvolver rudimentos das tendências heterossexuais presentes em todo homossexual, embora na maioria dos casos não seja possível. (...) A análise pode fazer outra coisa pelo seu filho. Se ele estiver experimentando descontentamento por causa de milhares de conflitos e inibição em relação à sua vida social a análise poderá lhe proporcionar tranquilidade, paz psíquica e plena eficiência, independentemente de continuar sendo homossexual ou de mudar sua condição (...) (FREUD, 1951, em tradução livre).

Ainda que as perspectivas de Ellis e Freud pudessem ser consideradas inovadoras, o amor entre indivíduos do mesmo ainda era visto como crime em fins do século XIX. Um

caso emblemático é o julgamento do escritor irlandês Oscar Wilde em 1895, condenado a dois anos de prisão e trabalhos forçados por “cometer atos imorais com diversos rapazes”. Dois anos após, em 1897, é fundada a primeira organização para a luta dos direitos de gays na Alemanha, o Comitê Científico Humanitário. Dentre seus objetivos estavam a abolição das leis anti-gay e a promoção do ensino da sexualidade em escolas. A ascensão posterior do nazismo pôs um fim brutal a esta organização, com a perseguição e o aprisionamento de muitos de seus membros. Mesmo décadas após a queda do nazismo, o movimento gay para direitos civis permaneceria silenciado.

Esse viés heterossexista esteve presente em discussões no campo da psiquiatria e da saúde mental ao longo do último século. Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publica a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Entre as entidades nosológicas, descreve o correspondente atualmente às populações LGBTQIA+ como “Desvios Sexuais”, na sessão dedicada aos transtornos sociopáticos de personalidade. Neste sentido, os tratamentos da época se destinavam à reversão da identidade sexual ou da incongruência de gênero, em técnicas descritas como terapias reversivas ou reparativas.

As teorias sobre a sexualidade de Sándor Radó e suas dissidências tendem a considerar a atração heterossexual como único resultado não patológico do desenvolvimento humano, uma vez que por seus fins reprodutivos garantiriam a perpetuação da espécie e estariam de acordo com as normas culturais vigentes

(TONTONNOZ, 2017). Esse paradigma se tornou conhecido como psicodinâmica adaptativa e propunha que o tratamento psicanalítico auxiliasse na reversão dos interesses homoafetivos, de modo a garantir uma maior adaptação ao meio e questões percebidas como evolutivas. Vale ressaltar que à época havia um viés de confusão relacionamento ao agrupamento de populações heterogêneas pertencentes a diferentes minorias sexuais e de gênero na categoria “homossexual”.

O behaviorismo também serviu de corpo teórico para terapias com fins reversivos. Foram divulgados muitos estudos sobre a possibilidade de intervenções comportamentais para tratamento da homossexualidade. Muitas delas se baseavam no conceito de evitação antecipatória, em que um fenômeno natural – como um interesse e/ou comportamento homoafetivo – deveria ser pareado com um estímulo negativo induzido pelo ambiente, em geral desagradável o suficiente para se gerar a necessidade de evitação (terapias comportamentais aversivas). A reversão parcial ou completa do comportamento sexual era considerada então critério de sucesso terapêutico.

James (1962) descreve o primeiro relato de caso de um indivíduo considerado exclusivamente gay tratado através de terapia aversiva. O tratamento consistiu em colocar um indivíduo num quarto escuro, no qual ficava privado de alimento ou comida e em intervalos regulares de duas horas recebia uma dose emética de apomorfina por injeção, seguida de uma dose de conhaque (57 mL). Durante as ocasiões em que o paciente sentia náusea, brilhava uma luz sobre várias fotografias de homens nus. Ele era convidado a escolher um que ele achou atraente e então

devia recriar mentalmente as experiências tidas com seu parceiro gay. Além disso, sua fantasia foi reforçada verbalmente pelo terapeuta nas primeiras duas ou três ocasiões. A intenção era parear através de condicionamento clássico a memória do comportamento homossexual a uma experiência desagradável. Depois disso, tocava uma fita a cada duas horas durante o período de náusea explicando a atração homossexual como um comportamento aprendido e que seria passível de mudança. Após um período de 30 horas, o tratamento foi interrompido por causa de acetonúria e o paciente foi liberado. Essas sessões se repetiram por cinco vezes durante um período de internação hospitalar. Ao final do tratamento, James (1962) considera que paciente teria atingido a reversão completa dos comportamentos sexuais, teria encontrado uma namorada com quem tinha excitação sexual razoável e era tido por sua família como “um homem novo”.

Mais adiante, Miller (1963) propõe a hipnose como recurso importante para pareamento de estímulos aversivos ao interesse homossexual. Feldman & Macculloch (1964) e Solyom & Miller (1965) introduzem a ideia de choques elétricos titulados a partir do grau de desconforto produzido ao paciente gay para reforço negativo da excitação homossexual.

O principal contraponto a esse paradigma heterossexista se deu com a publicação dos relatórios de Alfred Kinsey sobre o comportamento sexual do homem e da mulher em 1948 e 1953, respectivamente. Kinsey *et al.* (1948, 1953) contrapõem a premissa de uma dualidade categórica entre interesses heterossexuais e homossexuais, ao introduzir uma perspectiva dimensional em que esses fenômenos seriam mais bem

representados como parte de um continuum. Descreve uma escala para avaliação da sexualidade, com pontuações variando entre 0 (exclusivamente heterossexual) e 6 (exclusivamente heterossexual). Seus achados demonstram que a despeito dos pressupostos da época os pontos extremos seriam raros e a maior parte da população oscilaria em níveis intermediários do continuum. Mesmo estudando grandes amostras representativas da população geral, Kinsey recebeu represália da comunidade científica, por divergir dos pressupostos hegemônicos da época.

De modo análogo, as cirurgias para reafirmação de gênero (anteriormente conhecidas como cirurgias de redesignação sexual) surgem de maneira tímida e a partir de esforços individuais na década de 1930, primeiramente com Dora Richter e após com o célebre caso da pintora dinamarquesa Lili Elbe, anteriormente conhecida como Einar Elbe. Esses eventos a despeito da grande inovação técnica foram também rechaçados no meio científico de início e geraram uma reação social conservadora na época. A coragem de Lili Elbe em sua transição de gênero e em sua luta pelo acesso a direitos civis, através da mudança do nome em documentos formais e do divórcio de sua esposa, representam marcos importantes não só na história, mas na luta das pessoas abjetas, integrantes de minorias de gênero, para existirem enquanto sujeitos do ponto de vista civil, social e afetivo. Essa existência constitui a base para a saúde mental e para o desenvolvimento humano do sujeito.

Transições conceituais e a ascensão dos modelos alternativos de tratamento

Em 1957, o Relatório Wolfenden estabelece a descriminalização do

comportamento homossexual na Inglaterra. Esse evento é considerado como importante para os debates sobre a descriminalização e a luta pelos direitos civis de gays e lésbicas. Ainda assim, diversos setores da sociedade ocidental se opunham a isso. Um exemplo marcante é um ensaio da revista Time em 1966 intitulado “O Homossexual na América”, no qual os gays são descritos como “doentes perniciosos” e que mereciam antes tratamento que aceitação. No Brasil, o aparato de repressão e censura montado pela ditadura civil-militar a partir de 1964 considerava minorias sexuais como subversivas, exercendo um controle moral da sociedade, de modo que muitos gays e lésbicas foram perseguidos e alvos de detenções arbitrárias e expurgados de cargos públicos.

Em 1969, uma lei municipal proíbe a licença a bares que atendiam clientes abertamente gays em Nova York, o que deixou muitos estabelecimentos numa situação de ilegalidade. Na madrugada de 28 de junho de 1969, uma operação da polícia de Nova York condena por ausência de licença os funcionários do Stonewall Inn, um bar tradicionalmente LGBTQIA+ situado em Greenwich Village. Quando os funcionários estavam sendo presos e o bar fechado, eles acenaram sorrindo às pessoas que passavam na rua naquela noite. Dada a inesperada reação, os policiais reagem de forma exasperada e atacam fisicamente os funcionários com cacetetes, o que gera uma reação de revolta na população que assistia a cena. Várias manifestações vieram à tona nos dias subsequentes, inicialmente contando com moradores de Greenwich Village e depois com aglomerados maiores de pessoas. Na mesma data, no ano subsequente, são organizadas as primeiras passeatas em defesa do orgulho gay (*gay pride*) e em memória das Revoltas de Stonewall.

A década de setenta foi marcada por modificações radicais no estilo de vida de gays e lésbicas, com uma progressiva luta por direitos civis. Em 1973, durante reunião do comitê da APA para edição da segunda edição do DSM, a homossexualidade é retirada do sistema classificatório americano dos transtornos mentais, diante da ausência de um embasamento científico sólido para considerá-la uma entidade nosológica *per se*. Este evento teve um impacto considerável no pensamento psiquiátrico da época, facilitando o reexame do significado psicológico da homossexualidade. É considerado um evento importante no enfrentamento dos estigmas em minorias sexuais, uma vez que removeu uma lógica que vinha sendo usada com fins discriminatórios e permitiu uma maior visibilidade da população LGBTQIA+ na sociedade.

No campo da saúde mental, também foi uma época marcada pelo embate entre uma corrente que seguia em defesa das terapias reversivas e outra que iniciava a proposição de modelos alternativos. Cerca de seis a cada sete profissionais de saúde mental consideravam válido o tratamento reversivo dos interesses homossexuais, por exemplo (FORT *et al.*, 1971). Um grande estigma também era direcionado em relação às minorias de gênero, vistas como psicóticas, delirantes e submetidas a tratamentos compulsórios e internações psiquiátricas.

A relevância das tentativas de explorar a origem e as motivações da orientação sexual diminui na medida em que a saúde mental se afasta da ideia de tratamento da homossexualidade enquanto condição clínica e coloca como foco os problemas apresentados pela população LGBTQIA+. Neste sentido, Enright & Parsons (1976) trouxeram a ideia de treinamento dos

profissionais e membros da comunidade para intervenções focadas em crises emocionais em minorias sexuais e de gênero, com habilidades como a escuta empática e não julgadora. Esta intervenção demonstrou uma redução no número de atendimentos de emergência psiquiátrica para a população LGBTQIA+.

Modelos afirmativos de cuidado em saúde mental da população LGBTQIA+

Na medida em que minorias sexuais e de gênero ganham visibilidade na luta pelos direitos civis e contra os preconceitos, emergem modelos explicativos que abordam antes a influência de fatores ambientais que causas endógenas no sofrimento psíquico desses sujeitos. Constitui a base do que, nos anos subsequentes, seria definido como estresse de minorias, com influências inclusive no desenvolvimento psicológico das pessoas LGBTQIA+.

Maylon (1982) discute como determinados constructos culturais considerados hegemônicos influenciam na formação da identidade de homens gays. Através do processo de socialização, o indivíduo internaliza valores, símbolos, crenças e atitudes inerentes ao meio social e ao momento histórico em que está inserido, desde o período pré-genital. Deste modo, tendências a considerar aspectos relativos à identidade gay como algo negativo são internalizadas como um dos aspectos do ego, o que pode ser definido como homofobia, heterossexismo ou homonegatividade internalizada. Este fenômeno exerce influência em instâncias como a formação da identidade, a autoestima, a elaboração de defesas, os padrões cognitivos, a integridade psicológica, as relações de objeto e o estilo de

apego. A incorporação de crenças homofóbicas ao superego também contribuiria para uma maior propensão à culpa observada em pacientes gays e explica em parte o maior sofrimento no período genital. Esse constructo foi, num segundo, momento ampliado para outras minorias sexuais e no caso das pessoas trans é possível falar em transnegatividade internalizada, com prejuízos e consequências danosas similares.

Na adolescência, época da vida em que o indivíduo é posto à prova para formação de sua identidade a partir de expectativas e pressões sociais e de grupos, muitas pessoas LGBTQIA+ apresentariam uma tendência a suprimir interesses homossexuais e a tentar consolidar uma identidade heteronormativa. Algo parecido acontece em sujeitos trans, que costumam descrever uma intensa disforia em relação ao desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e mudanças biológicas em seu corpo e performance social. Tais vivências tendem a paralisar o desenvolvimento da identidade, ao reprimir sua constituição primária sexual e/ou de gênero. Ademais, a tentativa de conformidade com padrões heteronormativos impediria a consolidação da integridade do ego, cujos aspectos estariam cindidos em partes que definem o autoconceito com base na norma social e outras que fornecem a base para a intimidade, que deveriam ser suprimidas ou negadas. Essa adaptação apresenta um conflito inerente e uma resolução apenas parcial, de modo que os mecanismos de defesa seriam elaborados para vincular uma ansiedade crônica à questão sexual e/ou de gênero e manter uma falsa identidade, tênue e frágil, em conformidade com padrões sociais vigentes. O processo de formação de identidade é retomado sempre que os conflitos mudam ou se elaboram o suficiente para

permitir a aceitação reconhecível, ainda que parcial, dos desejos homoafetivos e dos papéis de gênero, num processo conhecido como *coming out*, em que o indivíduo reconhece e afirma a própria identidade sexual e de gênero.

Uma exploração sobre a literatura das intervenções em saúde mental ao longo das décadas de 1970 e 1980 aponta para uma ascensão progressiva dos modelos afirmativos, ainda que alguns autores tenham persistido em defesa de tratamentos reversivos. Coleman (1978) propõe um modelo de psicoterapia voltado inicialmente para gays e lésbicas que ajudaria os indivíduos a aceitar e valorizar sua orientação sexual, uma abordagem que passou a ser descrita como terapia afirmativa. Ancorando-se em conceitos como homofobia e homonegatividade internalizada, esse paradigma se mostrou efetivo em reduzir o sofrimento de indivíduos gays e lésbicas que buscavam tratamento, com resultados mais animadores que os descritos pelas terapias reversivas. Um dos principais objetivos consistia em auxiliar o indivíduo na consolidação de uma identidade gay positiva.

Outros fatores no campo da saúde mental passam a ser também discutidos nesta época. Kwawer (1980) descreve como os próprios conceitos que o profissional de saúde tem sobre a homossexualidade pode ter efeito na contratransferência e exercer influência nas interpretações realizadas durante o tratamento. Isay (1986) acrescenta que a tendência a considerar a mudança de orientação sexual como algo em melhor benefício do paciente era congruente com a representação da homossexualidade como uma solução patológica para conflitos precoces. Sugere que tais esforços poderiam precipitar uma depressão sintomática, com

piora da autoestima e até causar graves problemas sociais na vida adulta. Para Isay, um indivíduo gay seria capaz de viver uma vida mais feliz e significativa não apenas por conquistar uma posição de menor conflito com a sociedade, mas quando suas estruturas intrapsíquicas fossem levadas a uma maior harmonia. Deste modo, estaria menos inclinado a representar os impulsos homoafetivos como inaceitáveis na medida que eles se tornam cada vez mais tolerados por um ego fortalecido e sublimados com sucesso.

De acordo com esta visão, Herron *et al.* (1982) traz a importância de uma postura aberta e sem preocupações etiológicas no cuidado em saúde mental de gays e lésbicas, com vistas a uma melhora no funcionamento social e sexual desses pacientes. Maylon (1982) enfatiza a importância de uma postura empática e não julgadora do terapeuta no tratamento da homonegatividade internalizada e na construção de uma identidade gay positiva. Ao mesmo tempo, alguns aspectos como a revelação da orientação sexual em caso de terapeutas gays são destacados na medida em que poderiam facilitar o processo de aliança terapêutica e uma atmosfera de maior conforto com a identidade gay no campo terapêutica, passível de ser internalizada e aprendida por modelagem durante a psicoterapia. Tal paradigma surge de início nas terapias psicodinâmicas e foi gradualmente incorporado em diversas linhas teóricas, como a terapia cognitivo comportamental (TCC), a terapia de famílias e a terapia de casais, podendo ser adaptado também para outras intervenções psicossociais e cuidados de saúde mental em diversos níveis dos sistemas de saúde.

A publicação do DSM-III-R em 1987 retira a homossexualidade egodistônica das

categorias diagnósticas e a partir de então os tratamentos reversivos passam a ser desencorajados e, posteriormente, proscritos. Estudos passam a descrever diferentes manifestações do viés heterossexista na prática psicoterápica. Lingiardi *et al.* (2015) descreve a influência da homonegatividade nas psicoterapias como variando num continuum, no qual se poderia incluir terapias reparativas, abordagens patologizantes, intervenções sob viés desde terapias reparativas e abordagens patologizantes num primeiro nível, passando por intervenções enviesadas por preconceitos e atitudes heterossexistas, até intervenções enviesadas devido à homoignorância e à transignorância.

Neste sentido, estudos passam a destacar a importância do debate nessa área na formação de psicoterapeutas e profissionais de saúde mental, inclusive a nível de supervisão e treinamento continuado. Uma importância progressivamente maior é dada para análise da contratransferência e da influência sociocultural deste fenômeno. Os modelos afirmativos de tratamento passam a ser difundidos em modelos de prática e preconizados de modo prioritário nos diversos níveis de cuidado de saúde mental para a população LGBTQIA+.

Atualmente, após a publicação do DSM-V em 2013, persiste a categoria nosográfica intitulada “Disforia de Gênero”, correspondendo a um segmento específico da população LGBTQIA+ que busca os serviços de saúde para tratamentos que lhe proporcionem um maior sentimento de adequação de gênero, sejam de ordem hormonal ou cirúrgico, bem como por problemas emocionais que podem ocorrer em função do estigma e da vulnerabilidade social. O termo “Disforia” foi escolhido em detrimento do anterior “Transtorno de

Identidade de Gênero”, presente no DSM-IV-TR, no intuito de reduzir o estigma e favorecer a despatologização. Num sentido similar, a CID-11 traz a proposta de se categorizar o problema enfrentado por essa população como “Incongruência de Gênero”, incluída no capítulo dedicado à saúde sexual e reprodutiva e não mais à saúde mental. Estes diagnósticos ainda são relevantes no intuito de facilitar o acesso a procedimentos específicos nos sistemas de saúde através de suas codificações, como cirurgias e tratamento hormonal (WINTER *et al.*, 2016).

Recomendações atuais

Os Princípios de Yogyakarta, publicados em 2006 após uma reunião de grupos internacionais de direitos humanos, discutem a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e à identidade de gênero. Trata-se de um marco para a consolidação de direitos básicos da população LGBTQIA+ e, em adição, norteia as políticas públicas e as legislações dos países signatários de tratados internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Segundo os Princípios de Yogyakarta, a criminalização da homossexualidade, por exemplo, fere o direito internacional à não discriminação, enquanto a proibição de cirurgias de reafirmação de gênero vai contra premissas básicas em termos de direitos econômicos, sociais e culturais (CLAM, 2021).

Diversas instituições trazem recomendações convergentes em diretrizes e consensos sobre os cuidados em saúde mental da população LGBTQIA+. A Associação Americana de Psiquiatria (CABAJ, 2015) traz recomendações sobre a aspectos de boa prática no trabalho com minorias sexuais e de

gênero, entre as quais inclui a criação de um ambiente afirmativo e de aceitação, de modo a se avaliar o nível de abertura e autoaceitação do paciente a essas questões, e a avaliação da família e do suporte social como fatores de resiliência. Estes fatores também são salientados em recomendações do *Royal College of Psychiatrists* do Reino Unido (2014). Além disto, também a *American Psychological Association* (2015) traz diretrizes e recomendações nos cuidados em saúde mental da população LGBTQIA+, organizadas em cinco domínios: (a) pressupostos fundamentais; (b) estigma, discriminação e barreiras ao atendimento; (c) desenvolvimento do ciclo de vida; (d) avaliação, terapia e intervenção; e (e) pesquisa, educação e treinamento dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado desses grupos minoritários.

De um modo unânime, diretrizes apontam para necessidade de se atentar para os efeitos do estigma e estresse de minorias, como preconceito, discriminação e violência, e suas manifestações em diversos contextos da vida. O amor e a atração por indivíduos do mesmo sexo é considerado uma variação do comportamento humano e, deste modo, terapias com fins reversivos devem ser contraindicadas, tanto pela ausência de evidências significativas de efetividade como principalmente por estarem associadas a desfechos negativos em saúde mental, como aumento na prevalência de ansiedade e depressão e no risco de suicídio.

De modo análogo, os papéis de gênero construídos pelo paciente constituem parte de sua performance e desenvolvimento enquanto sujeito, devendo ser acolhidos e compreendidos. Se houver sofrimento clinicamente relevante com as características sexuais secundárias, podem ser ofertados

tratamentos específicos, hormonais, cirúrgicos, fonoterapia ou psicoterapia. Os profissionais de saúde mental devem ser encorajados a reconhecer seus conhecimentos e atitudes a questões relativas à população LGBTQIA+, com recomendação de buscar treinamento específico, supervisão ou encaminhamento em casos que não se sintam preparados para atendê-los nos presentes paradigmas. Devem perceber as experiências sexuais e a performance de diferentes papéis de gênero como variantes individuais e ser capazes de distinguir questões de orientação sexual e identidade de gênero.

As experiências e desafios enfrentados por pais pertencentes à população LGBTQIA+ também devem ser explorados, assim como o impacto de sua identidade enquanto minoria no sistema familiar de origem. Os profissionais assistentes devem reconhecer que muitas vezes pessoas LGBTQIA+ incluem como parte de suas famílias pessoas que estão relacionadas não necessariamente de um ponto de vista biológico ou legal (família substitutiva). Ademais, os profissionais são encorajados a compreender a influência de fatores religiosos e espirituais na vida de minorias sexuais e de gênero, bem como diferenças geracionais e étnicas em pessoas LGBTQIA+. Há recomendações também sobre a avaliação do impacto do HIV/AIDS na vida desses indivíduos. Fatores relacionados ao status socioeconômico devem ser avaliados e um esforço especial deve ser dirigido para compreender problemas únicos que minorias sexuais enfrentam em seus locais de trabalho. Profissionais de saúde são incentivados a se aperfeiçoarem continuamente e a desenvolver pesquisas e consolidar essas práticas também em ambientes acadêmicos.

Lingiardi *et al.* (2015) contextualiza essas recomendações com a prática das psicoterapias e intervenções psicossociais em minorias sexuais. Percebe o estresse de minorias em três dimensões que interagem entre si, sendo elas: a homonegatividade internalizada, o estigma percebido e as experiências atuais de discriminação e violência. Descreve que o conhecimento desse fenômeno deve servir de pano de fundo para a compreensão do quadro atual do paciente. Um senso de autenticidade e integração deve ser promovido no trabalho terapêutico. Para tal, deve ser criado um ambiente afirmativo nos moldes descritos e uma ferramenta importante seria não fazer presunções sobre a orientação sexual do paciente nas primeiras entrevistas. Perguntas mais neutras, como “tu estás num relacionamento atualmente?” devem ser preferidas a “tens um namorado(a)?”. Além disso, o trabalho psicoterápico pode ajudar o indivíduo ao explorar questões relativas ao processo de afirmação da identidade sexual (*coming out*) e no reforço de fatores de proteção e resiliência contra o estresse de minorias.

No Brasil, no final da década de 1980, o Movimento da Reforma Sanitária promove muitas lutas e debates, consolidando diversas conquistas sociais e civis, como a ideia da saúde como um direito de todos, sem exceções. Saúde que passa a ser entendida de uma forma mais ampla, incluindo um estar de bem-estar físico e emocional, para além de uma mera concepção de assistência médica e sanitária. Não obstante, apenas em 2013 é publicada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no sentido de favorecer o acesso aos cuidados de saúde por parte de minorias sexuais e de gênero, historicamente excluídas e abjetas em nossa

sociedade. Enquanto política de saúde propõe “(...) o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos” (BRASIL, 2013, p. 10).

Ainda na década de 1990, movimentos como o Grupo Somos e a Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro (Astral) já traziam num contexto nacional uma maior pressão frente às autoridades públicas para cuidados de saúde da população LGBTQIA+, inicialmente por acesso a tratamentos e medidas preventivas em relação a epidemia de HIV/AIDS. A crescente representatividade das pautas ligadas às minorias sexuais e de gênero nas Conferências Nacionais de Saúde termina por ampliar os cuidados a serem oferecidos a essas populações. Conceber a saúde da população LGBTQIA+ de uma forma mais ampla passa tanto por reduzir desigualdades no acesso a serviços de saúde, como também por auxiliar essas pessoas na garantia de seus direitos civis, políticos, sociais e humanos. Sendo assim, a Política LGBT propõe uma articulação com diversos setores da sociedade, tendo como eixo central norteador de ações o poder executivo federal.

Medidas como esta previam a instituição sistemática de medidas de promoção, prevenção e assistência à saúde da população LGBTQIA+ no Brasil, bem como o treinamento dos profissionais envolvidos nesse cuidado. Espera-se que para uma saúde integral das minorias sexuais e de gênero seja possível oferecer desde o apoio psicossocial, passando por auxiliar no acesso a direitos básicos (como a transição do nome civil,

quando for desejo da pessoa), até a garantia de acesso a recursos como próteses de silicone, intervenções cirúrgicas e hormonais. Isso tem um grande impacto em termos de saúde mental, pois permite à pessoa trans existir enquanto sujeito a nível psicológico, social, civil, político, laboral e mesmo numa relação satisfatória com seu corpo físico, material.

Neste sentido, o indivíduo deve ser respeitado quanto ao nome escolhido para acesso aos sistemas de saúde, o que é em especial relevante em pessoas trans e travestis. O desrespeito a esse direito básico configura uma forma de violência que já acontece diariamente na vida dessas pessoas e não deve ser perpetrada de modo algum num serviço de saúde. A inclusão da garantia do uso do nome social para os usuários de saúde já consta na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Ademais, a Política LGBT agrega também a garantia de acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamenta os procedimentos para a reafirmação cirúrgica de gênero. Aos homens trans, podem ser ofertados procedimentos como mastectomia e histerectomia, enquanto às mulheres trans deve-se garantir acesso a próteses de silicone e genitoplastia, por exemplo.

Outro ponto importante diz respeito ao uso de hormônios, que comumente ocorrem sob a forma de automedicação, para transição de gênero em pessoas trans e travestis. O uso indiscriminado e sem orientação profissional está associado a riscos importantes à saúde desses indivíduos, como a ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infarto agudo do miocárdio, o que pode resultar em mortes ou sequelas importantes. Deve-se garantir o acesso aos tratamentos hormonais sob supervisão médica e profissional adequada, bem como a realização dos exames

necessários, segundo previsto na Política LGBT. A discussão também sobre a saúde reprodutiva e a expectativa de ter filhos ou não deve ser levada em consideração no diálogo com os usuários, posto que alguns tratamentos (em especial os cirúrgicos) podem estar associados à infertilidade definitiva.

Pessoas LGBTQIA+ devem ser acolhidas em suas questões individuais e enquanto membros de uma minoria. Em momentos de crise de identidade sexual e/ou de gênero, a tolerância à incerteza sobre esses aspectos é fundamental. O profissional deve prover um ambiente empático para escuta das angústias do sujeito, que pode se dar desde uma intervenção breve em crise até uma psicoterapia individual. Em função do estresse de minorias, do estigma e da exclusão social, os indivíduos LGBTQIA+ podem apresentar problemas comportamentais, abuso de substâncias psicoativas ou mesmo transtornos psiquiátricos leves. Nestes casos, é importante garantir e promover o acesso aos serviços de saúde mental de maneira integral.

Ademais, em se apresentando problemas clínicos de saúde, os encaminhamentos deverão ser feitos às equipes assistenciais de referência. Situações de vulnerabilidade social podem demandar esforços articulados entre equipes e muitas vezes será útil contar com o auxílio e a interlocução com serviços especializados em assistência social. Uma vez que se trata de uma população mais vulnerável a violências física, sexual, psicológica e à privação de direitos básicos, o cuidado em saúde mental deve considerar a garantia do acesso à justiça, através de articulações com setores específicos como a defensoria pública e delegacias específicas.

CONCLUSÃO

A análise das perspectivas históricas sobre os cuidados em saúde mental da população LGBTQIA+ auxilia na compreensão crítica de fatores relacionados à assistência e de como o desenvolvimento da identidade sexual e de gênero pode ser influenciado por conceitos sociais vigentes, gerando empatia. A despatologização das minorias sexuais e de gênero constituiu um marco importante na luta pelos direitos civis e repercutiu também em várias mudanças no estilo de vida da população LGBTQIA+. Ademais, permitiu a ascensão de novos modelos de cuidados, com transição de focos antes ligados a questões etiológicas e terapias reversivas para intervenções psicossociais afirmativas e voltadas para os problemas decorrentes do estigma, do preconceito e da vulnerabilidade social.

Atualmente, há diversos recursos terapêuticos que podem ser utilizados no cuidado em saúde mental da população LGBTQIA+, sendo que, para a garantia da integralidade da assistência, é comum que sejam envolvidos diversos níveis de atenção e cuidado. Nesse sentido, várias abordagens podem ser utilizadas com sucesso, sendo que os principais fatores que demonstram estar relacionados ao êxito terapêutico consistem em elementos comuns a várias técnicas, como a adoção de uma postura não julgadora, a promoção de um *setting* empático e a capacidade de aliança terapêutica.

As terapias com fins de reversão da orientação sexual e/ou da identidade de gênero trans são contraindicadas, em função de evidências questionáveis sobre a eficácia e a efetividade das intervenções estudadas e por estarem relacionadas a desfechos negativos em saúde mental, como aumento em níveis de

transtornos por uso de substâncias psicoativas, ansiedade, depressão e suicídio.

O estresse de minorias vem sendo apontado como um problema relevante a ser atentado em saúde mental, por contribuir para desfechos negativos como depressão e suicídio. As intervenções psicossociais emergem como tratamentos de notável valor nesse cenário, ao garantir a integralidade do cuidado. Pode ajudar desde a avaliação e o tratamento específico para transtornos psiquiátricos, passando por intervenções em crise ou psicoterapias breves até tratamentos de longo prazo, auxiliando no

desenvolvimento de uma identidade sexual e/ou de gênero positiva. Intervenções psicossociais configuram, portanto, recursos terapêuticos importantes para a população LGBTQIA+ em sofrimento psíquico, ao tratar de questões relacionadas ao preconceito, ao estigma e à homo/transnegatividade internalizada. Quando utilizadas de modo adequado, podem auxiliar as minorias sexuais e de gênero na elaboração da coragem e da integridade necessárias quando a paz interior não pode ser alcançada através da conformidade social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre (RS): Artmed; 2014.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, v. 79, p. 832, 2015.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BUTLER, J. *Corpos que importam: os limites discursivos do "sexo"*. São Paulo (SP): N-1 Edições; 2019.

CABAJ, R.P. Best practice highlights lesbian, gay, bisexual, transgender and people who may be questioning their sexual orientation or sexual identity (LGBTQ). American Psychiatric Association, 2015. Disponível em: <<https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Cultural-Competency/Treating-Diverse-Populations/Best-Practices-LGBTQ-Patients.PDF>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

CLAM - CENTRO LATINO-AMERICANO DE SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS. Princípios de Yogyakarta. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, 2017. Disponível em: <www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021;

COLEMAN, E. Toward a new model of treatment of homosexuality: a review. *Journal of Homosexuality*, v. 3, p. 345, 1978.

ENRIGHT, M.F. & PARSONS, B.V. Training crisis intervention specialists and peer group counselors as therapeutic agents in the gay community. *Community Mental Health Journal*, v. 12, p. 383, 1976.

FELDMAN, M.P. & MACCULLOCH, M.J. A systematic approach to the treatment of homosexuality by conditioned aversion: preliminary report. *The American Journal of Psychiatry*, v. 121, p. 167, 1964.

FÉRAY, J.C. & HERER, M. Homosexual studies and politics in the 19th century: Karl Maria Kertbeny. *Journal of Homosexuality*, v. 19, p. 23, 1990.

FORT, J. *et al.* Attitudes of mental health professionals toward homosexuality and its treatment. *Psychological Reports*, v. 29, p. 347, 1971.

FREUD, S. Historical Notes: A Letter from Freud. *American Journal of Psychiatry*, v. 107, p. 786, 1951.

FREUD, S. *Obras Completas*, volume 6: Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade, Análise Fragmentária de uma Histeria ("O Caso Dora") e Outros Textos (1901-1905). São Paulo (SP): Companhia das Letras; 2016.

HERRON, W.G. Psychoanalytic psychotherapy for homosexual clients: new concepts. *Journal of Homosexuality* v. 7, p. 1981, 1982.

ISAY, R. On the analytic therapy of gay men. In: *Contemporary Perspectives on Psychotherapy with Lesbians and Gay Men*; New York (NY): Springer; 1986, p.139-56.

JAMES, B. Case of Homosexuality Treated by Aversion Therapy. *British Medical Journal*, v. 1, p. 768, 1962.

KENNEDY, H. Karl Heinrich Ulrichs: Pioneer of the Modern Gay Movement. 1st Ed. San Francisco (CA): Peremptory Publications; 2002;

KINSEY, A.C. *et al.* *Sexual Behavior in the Human Female*. 1st Ed. Philadelphia (PA): WB Saunders Company; 1953.

KINSEY, A.C. *et al.* *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia (PA): WB Saunders Company; 1948.

KRAFFT-EBING, R. *Psychopathia Sexualis: A Medico-Forensic Study*. 12th Ed. London (UK): William Heinemann (Medical Books) Ltd; 1939.

KWAWER, J.S. Transference and countertransference in homosexuality--changing psychoanalytic views. *American Journal of Psychotherapy*, v. 34, p. 72, 1980.

LINGIARDI, V. *et al.* New Italian lesbian, gay and bisexual psychotherapy guidelines: A review. *International Review of Psychiatry*, v. 27, p. 405, 2015.

MAYLON, A.K. Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, v. 7, p. 59, 1982.

MILLER, M.M. Hypnotic-Aversion Treatment of Homosexuality. *Journal of the National Medical Association*, v. 55, p. 411, 1963.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Combatendo as Causas de Disparidades no Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde pelas Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans. Washington (DC): OPAS; 2018.

PLATÃO. O Banquete. Petrópolis (RJ): Vozes; 2017.

RIMES, K.A. *et al.* Psychosocial Factors Associated With Suicide Attempts, Ideation, and Future Risk in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Crisis*, v. 21, p. 1, 2018.

RITTER, K. & ERNDROP, A.I. Handbook of Affirmative Psychotherapy with Lesbians and Gay Men. 1st ed. New York (NY): The Guilford Press; 2002.

ROSS, L.E. *et al.* Prevalence of Depression and Anxiety Among Bisexual People Compared to Gay, Lesbian, and Heterosexual Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis *The Journal of Sex Research*, v. 55, p. 435, 2018.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Royal College of Psychiatrists' statement on sexual orientation, 2014. Disponível em: <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS02_2014.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SOLYOM, L. & MILLER, S. A differential conditioning procedure as the initial phase of the behaviour therapy of homosexuality *Behaviour Research and Therapy*, v. 3, p. 147, 1965.

STEIN, T.S. & COHEN, C.J. Contemporary Perspectives on Psychotherapy with Lesbians and Gay Men. New York (NY): Springer; 1986.

TONTONOZ, M. Sandor Rado, American psychoanalysis, and the question of bisexuality. *History of Psychology*, v. 20, p. 263; 2017.

VIRGÍLIO. Eneida. 2ª Ed. São Paulo (SP): Editora 34; 2014.

WINTER, S. *et al.* The Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis: A World Professional Association for Transgender Health Membership Survey. *Arch Sex Behav*, v. 45, p. 1605, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Comprehensive mental health action plan 2013–2020. Maio, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1> Acesso em: 10 abr 2021.

ZEEMAN, L. *et al.* A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, v. 29, p. 974, 2019.

CAPÍTULO 24

A PANDEMIA DE COVID-19 E OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Palavras-chave: Transtornos Psiquiátricos; COVID-19; Psiquiatria

CAMILLA FORLIN PEREIRA ERTAL RIBEIRO¹
EDUARDO CAMPOS TEIXEIRA¹
EULLER REIS FARIAS¹
LARISSA SCARPINI DE CARVALHO¹
MARCELO EDUARDO RAMOS BARBOSA¹
RAFAELA SILVA LAGAZZI RUETTE¹
JÚLIO CESAR BREDAS CIANCAGLIO²
EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA³

1. Discente do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

2. Médico Residente de Psiquiatria do Hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

3. Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

INTRODUÇÃO

Em dezembro do ano de 2019, profissionais da saúde de Wuhan, na China, notificaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre um novo coronavírus, potencialmente grave e altamente transmissível (VARATHARAJ *et al.*, 2020). O SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) é um vírus envelopado e de RNA de fita simples, da família *Coronaviridae*, responsável principalmente por infecções do trato respiratório. Sua transmissão ocorre principalmente através de gotículas produzidas ao se tossir ou espirrar, que podem contaminar superfícies e pessoas que estiverem próximas (QU *et al.*, 2020). O novo coronavírus, causador da COVID-19, se espalhou rapidamente pelo globo e, no dia 11 de março de 2020, a OMS declarou um estado de pandemia (VARATHARAJ *et al.*, 2020).

No cenário pandêmico vigente, os temores em relação à doença em curso, à morte e à incerteza do futuro, além da política sanitária de isolamento social, têm se destacado como fatores desestabilizadores psicológicos importantes, que vulnerabilizam a população mundial, ameaçando-a quanto a sua saúde mental (CARVALHO *et al.*, 2020). Outrossim, apesar de ainda haver limitados estudos que atestem tal ideia, tem-se observado complicações neuropsiquiátricas do próprio vírus em si (SARS-CoV-2), relacionadas à resposta imunológica hospedeira à infecção no Sistema Nervoso Central (SNC), induzindo-o à produção de citocinas, quimiocinas e outros mediadores inflamatórios (GENEROSO *et al.*, 2021). Nesse contexto, torna-se cada vez mais relevante discutir-se as relações entre o COVID-19 e as doenças psiquiátricas.

No transcurso do tempo, estudos de pandemias virais respiratórias passadas sugerem que diversos tipos de sintomas neuropsiquiátricos podem surgir no contexto de infecção viral aguda, ou após períodos variáveis de tempo pós-infecção (TROYER *et al.*, 2020). Durante a pandemia de influenza (H1N1) em 2009, a epidemia de SARS-CoV-1 em 2003 e o surto de coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) em 2012, várias sequelas neurológicas foram relatadas, incluindo narcolepsia, convulsões, encefalite, encefalopatia, síndrome de Guillain-Barré, e outros processos neuromusculares e desmielinizantes (KIM *et al.*, 2017; MANJUNATHA *et al.*, 2011; TSAI *et al.*, 2004; WU *et al.*, 2014), além de sequelas psiquiátricas, incluindo transtorno de estresse pós-traumático, depressão, transtorno do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo (WU *et al.*, 2020; CHENG *et al.*, 2004; LAM *et al.*, 2009).

Em relação a pandemia de COVID-19, estimativas quanto às sequelas psicopatológicas induzidas pela infecção pelo SARS-CoV-2 são embasadas pela capacidade do vírus em infectar o SNC diretamente ou indiretamente, pela resposta imune desencadeada. Pesquisas realizadas clinicamente em animais *post mortem*, *in vitro* e em cultura de células, demonstram a potencialidade do coronavírus em induzir lesões neuronais com seu neurotropismo. Diante disso, a resposta imune desencadeada pela infecção, vinculada à chuva de citocinas, estabelece conexão com amplos sintomas psiquiátricos, mediante a precipitação de neuroinflamação (MAZZA *et al.*, 2020).

É provável que o vírus SARS-CoV-2 atinja o cérebro via bulbo olfatório e cavidade nasal, a partir dos nervos olfatórios, ou por via

hematológica (GENEROSO *et al.*, 2021), através da infecção de leucócitos e de células endoteliais da barreira hematoencefálica (BHE). Apesar do não esclarecimento momentâneo da(s) via(s) exata(s) de acesso, o que se sabe é que uma vez que o vírus chega no SNC, há inflamação, trombos e danos cerebrais. Essa inflamação causa, dentre outros fenômenos, o aumento da excitotoxicidade, que fomenta sintomas neuropsiquiátricos já existentes (BOLDRINI *et al.*, 2020).

Pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 costumam apresentar sintomas neurológicos como cefaleia, náusea, vômitos, além daqueles com quadro clínico severo que apresentam manifestações cerebrovasculares e psicopatológicas. Os fenótipos neurológicos do coronavírus já registrados afetam O SNC e periférico, trazendo sintomas como anosmia, ageusia (BOLDRINI *et al.*, 2020; WOO *et al.*, 2020), encefalite necro-hemorrágica e síndrome de Guillain-Barré (síndrome inflamatória aguda desencadeada por infecção, em que o sistema imune ataca o sistema nervoso periférico, acarretando a destruição das bainhas de mielina dos nervos) (SINANOVIC *et al.*, 2020).

Ao abranger considerações psiquiátricas, sugere-se que a perturbação do sistema imune causada por infecções em geral possa, especificamente, fomentar transtornos mentais. Junto ao estresse em resistir a uma doença potencialmente fatal e ao estigma do isolamento social, o estresse orgânico inflamatório do coronavírus conflui para incitar doenças psiquiátricas (MAZZA *et al.*, 2020). O mecanismo de interação entre os neurotransmissores e o sistema imune como um todo sustenta o aparecimento de alguns transtornos de humor, psicoses e ansiedade (BOLDRINI *et al.*, 2020). Essas vias de

interação entre mecanismos psicopatológicos e o sistema imune se traduzem, nos estudos, por neuroinflamação, invasão periférica de células do sistema imune no SNC, disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, comprometimento de neurotransmissores, ruptura da BHE, ativação de micróglias e indução de indoleamina 2,3-dioxigenase (MAZZA *et al.*, 2020). Tal enzima é responsável pelo metabolismo do triptofano em quinurenina em vez de serotonina, dado importante já que alguns estudos mostram que indivíduos que tentaram o suicídio e outros que têm transtorno depressivo severo, apresentam elevadas concentrações plasmáticas de quinurenina (BOLDRINI *et al.*, 2020), assim como da interleucina (IL)-1 β , que contribui para a diminuição da neurogênese hipocampal e aumenta a apoptose em mamíferos, e IL-6, que mostra relação com diminuição do volume do hipocampo e com apresentação de sintomas depressivos.

O aumento da concentração das interleucinas não está evidente apenas no plasma, mas no líquido cefalorraquidiano (LCR), além do aumento da proteína C reativa, correlacionada com níveis de glutamato no cérebro. Além dessas IL, outras estão também aumentadas, como Interferon (IFN)- γ , CXCL10, e CCL2, o que indica aumento funcional das células T-helper 1. A desregulação de citocinas como IL-1 β , IL-6, IL-10, IFN- γ , TNF- α (VASEK *et al.*, 2016) e o fator de crescimento transformante- β (TGF- β), favorece à instabilidade da BHE, o que foi associado a distúrbios psiquiátricos (MAZZA *et al.*, 2020).

Diante de todo esse contexto, esse estudo tem como objetivo analisar as relações entre a COVID-19 e os transtornos psiquiátricos, através de uma revisão da

literatura produzida até o momento presente. Primeiramente, serão investigados dados de transtornos mentais desencadeados após a infecção pelo SARS-CoV-2. Espera-se maior incidência de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade e outras cargas emocionais debilitantes, nos pacientes sobreviventes a condições leves e graves da infecção pelo COVID-19 (MAZZA *et al.*, 2020). Além disso, em um cenário em que um crescente número de pessoas possui algum tipo de transtorno mental prévio, busca-se avaliar a vulnerabilidade desses pacientes, sua suscetibilidade para contrair a COVID-19 e possíveis exacerbações dos quadros psiquiátricos prévios devido à doença. O impacto na saúde mental é alarmante e instiga a importância em acompanhar a evolução dos pacientes com doenças psiquiátricas prévias e emergentes, para o diagnóstico e tratamento, cuja meta é ampliar o conhecimento acerca do tema, a fim de reduzir as referidas sequelas (MAZZA *et al.*, 2020).

MÉTODO

Esse estudo consiste em uma revisão da literatura produzida mundialmente até o momento sobre as relações entre a COVID-19 e os transtornos psiquiátricos. Buscou-se estudos sobre o desencadeamento de novos transtornos psiquiátricos após a infecção pelo SARS-CoV-2, sobre a vulnerabilidade e suscetibilidade de pacientes com transtornos prévios para contrair a COVID-19, e possíveis exacerbações dos quadros psiquiátricos já existentes. Utilizaram-se artigos das bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores: “*psychiatric disorders*”, “*COVID-19*”, “*COVID-19 mental health impact*”, “*neuropsychiatric implications of COVID*”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O surto de infecções pela COVID-19 é agudo e, de forma inesperada, tem posto em análise conhecimentos prévios a respeito de doenças virais. Isso ocorre tanto em relação aos tratamentos, quanto aos métodos de controle de disseminação e, também, possíveis sequelas da doença. Uma pesquisa recente realizada pelo *National Institute for Health Research (NIHR) Oxford Health Biomedical Research Centre* aponta para relação direta entre a infecção por SARS-CoV-2 e o surgimento de doenças psiquiátricas (TAQUET *et al.*, 2021).

O estudo, realizado a partir da coleta de dados de 81 milhões de pacientes contaminados e internados nos Estados Unidos desde o início de 2020, analisa o desenvolvimento de doenças psiquiátricas ou neuropatias nos seis meses seguintes à infecção e diagnóstico. Foi feita uma comparação com um grupo controle, considerando infecções por outros vírus do tipo Influenza e outras infecções pulmonares de etiologias gerais. Uma comparação adicional foi feita com pacientes internados no mesmo período, mas com casos não relacionados à COVID-19, como infecções de pele, urolitíase, fratura de ossos grandes ou embolia pulmonar (TAQUET *et al.*, 2021).

O estudo concluiu uma relação direta entre pacientes infectados e o surgimento de casos psiquiátricos ou neuropatias. Entre 236.379 pacientes diagnosticados com COVID-19, aproximadamente 33,62% desenvolveram algum quadro psiquiátrico ou neurológico, tendo 12,84% desses o primeiro diagnóstico psiquiátrico ou neurológico. Além disso, a maior gravidade da infecção e a necessidade de internação são diretamente proporcionais ao risco do desenvolvimento de

quadros subsequentes, subindo para 46,42%, sendo 25,79% o primeiro diagnóstico psiquiátrico ou neuropático, para pacientes internados em UTIs. Essa análise foi composta por quatro subgrupos: primeiro, pacientes que precisaram de hospitalização entre quatro dias antes e até duas semanas depois do diagnóstico de COVID-19; segundo, pacientes que não precisaram de internação hospitalar durante esse mesmo período; terceiro, pacientes que foram internados em UTIs durante esse mesmo período; e, por fim, pacientes que foram diagnosticados com delirium ou outras formas de alteração mental durante esse mesmo período (TAQUET *et al.*, 2021).

A incidência de quadros psiquiátricos em pacientes infectados por COVID-19 foi de: 1,74% para demência (F 0.1.-0.3.); 19,15% para transtorno de ansiedade e 2,77% para transtornos psicóticos (F 20-48). O estudo conclui, então, que há suscetibilidade em pacientes contaminados pelo SARS-CoV-2 para desenvolver transtornos neuropsiquiátricos. Sendo assim, a relação de proporção direta entre a gravidade dos casos de COVID-19 e a maior suscetibilidade ao desenvolvimento de quadros psiquiátricos ou neuropáticos torna maior a preocupação com o aumento nos números de casos vistos no Brasil, a gravidade das reinfecções, ainda pouco elucidadas na literatura, e a limitação do sistema de saúde que são cenários propícios para casos graves (TAQUET *et al.*, 2021).

Em um outro estudo chinês, realizado com análise de 214 pacientes hospitalizados infectados pelo coronavírus, na cidade de Wuhan, 41,1% apresentaram quadro clínico severo da doença e outros 58,9%, sintomas moderados. Do número total dos pacientes, 36,4% demonstraram sintomas neurológicos,

mais prevalentes nos casos mais graves da doença. As alterações mais comuns consistem em danos na musculatura esquelética (19,3%), distúrbios de consciência (14,8%), e doença cerebrovascular aguda (5,7%). Relatos de delírio em pacientes hospitalizados com COVID-19 foram significativos, correlacionado com a própria fisiopatologia da infecção no tronco cerebral, assim como pelas tentativas de intervenção de tratamento nos pacientes graves (MAO *et al.*, 2020).

Há ainda, na literatura científica, limitados estudos que atestem a íntima relação entre a situação pandêmica por SARS-CoV-2 e o desencadeamento de transtornos depressivos e ansiedade. No entanto, alguns destacam-se e delineiam pioneiramente uma maior prevalência de tais distúrbios psiquiátricos com o advento de tal fenômeno sociobiológico mundial. Num pioneiro estudo italiano transversal prospectivo de coorte buscou-se, com um mês de seguimento, analisar esses desfechos psiquiátricos em homens e mulheres entre 18 e 87 anos sobreviventes do COVID-19 (MAZZA *et al.*, 2020). Neste, obteve-se que pacientes mais jovens apresentaram níveis mais elevados de depressão, estando de acordo com estudos anteriores que descrevem um pior impacto psicológico da pandemia COVID-19 neste grupo de indivíduos (WANG *et al.*, 2020). Além disso, consistentemente com estudos epidemiológicos anteriores, descobriu-se que mulheres, e pacientes com diagnósticos psiquiátricos prévios positivos, sofreram mais nas dimensões psiquiátricas analisadas, a incluir depressão e ansiedade (VINDEGAARD & BENROS, 2020; ETXEBARRIA *et al.*, 2020; PAPPA *et al.*, 2020).

Ademais, num estudo elaborado pela Fiocruz em parceria com a Unicamp e a

Universidade Federal de Minas Gerais, denominada “Convid - Pesquisa de Comportamentos”, buscou-se verificar como a pandemia de COVID-19 está afetando a vida dos adolescentes entre 12 e 17 anos, por meio de um questionário virtual (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021). Após a análise das respostas de 44.062 indivíduos, observou-se que grande parte da população apresentou problemas no estado de ânimo: 40% se sentiu triste/deprimido e 54% se sentiu ansioso/nervoso frequentemente (muitas vezes ou sempre), sendo que as mulheres apresentaram maior frequência que os homens. O percentual de mulheres que se sentem tristes/deprimidas frequentemente durante a pandemia foi de 50%, enquanto entre os homens foi de 30%. Já o percentual que se sentiu ansioso/nervoso frequentemente foi de 60%, entre as mulheres, e de 43%, entre os homens. Tais resultados denotam, portanto, certa modificação comportamental brasileira negativa, podendo levar a situações psiquiátricas com desfechos futuros mais severos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021).

Em relação a vulnerabilidade dos pacientes com transtornos mentais prévios à pandemia, estudos propõem que pacientes com diagnósticos recentes apresentam maior susceptibilidade à infecções pelo SARS-CoV-2 e maiores taxas de hospitalização e morte (SUKUT & BALIK, 2020). Quando se trata de doenças com transmissão de pessoa a pessoa, especialmente aquelas com transmissão por contato ou por gotículas, apresentam maior risco aqueles pacientes que residem em clínicas psiquiátricas, em que o isolamento dos demais pode ser difícil, e aqueles em situação de rua. Em casos de doenças psiquiátricas graves, isso se deve principalmente ao comprometimento

cognitivo e autocuidado reduzido. Outro fator envolvido é a presença de comorbidades, que figuram entre os fatores de risco para complicações da COVID-19, nesses pacientes (SUKUT & BALIK, 2020). Ademais, as medidas propostas de isolamento social podem levar à piora da condição clínica destes pacientes, por seu impacto emocional e pela restrição na continuidade do tratamento, além de acesso às clínicas. Pacientes com doenças psiquiátricas prévias já apresentam, geralmente, situação delicada referente a condições financeiras instáveis e pequena rede de contato social, o que acarreta mais agravantes gerados pela pandemia e seu subsequente recesso econômico, desestabilizando sua qualidade de vida (PAN *et al.*, 2021).

Notou-se que pacientes com doença mental severa se enquadram como parte da população mais vulnerável e de risco, apresentando menor conhecimento sobre os sintomas e medidas de prevenção da COVID-19. Grande parte destes pacientes não apresenta medo de contrair o vírus, em contraponto com a população geral, o que pode resultar da sua baixa consciência sobre os impactos da doença (SUKUT & BALIK, 2020).

A esquizofrenia, por exemplo, é um transtorno mental grave que acomete cerca de 20 milhões de pessoas no mundo. Os esquizofrênicos estão sujeitos a intenso estigma e discriminação, o que pode diminuir seu acesso a serviços de saúde (WHO, 2019). No que tange à COVID-19, mostrou-se que pacientes com esquizofrenia têm quase que três vezes maior chance de morrer por complicações da infecção viral quando comparados aos que não têm tal transtorno mental (NEMANI *et al.*, 2021). Sendo assim, a esquizofrenia pode ser considerada um fator

de risco de morte por COVID-19. Apesar de não haver certeza quanto aos mecanismos envolvidos, esta associação pode estar relacionada a alterações no sistema imune desses pacientes, decorrente de alterações genéticas ou adquiridas, como variação de genes do complexo maior de histocompatibilidade e deficiência na imunidade mediada por células. Sendo assim, tais fatores podem implicar em menor capacidade do sistema imunológico em gerar resposta adequada à infecção viral e predispor à forma grave da COVID-19 (MOKHTARI & LACHMAN, 2016; STEINER *et al.*, 2010; MÜLLER & SCHWARZ, 2010).

Além disso, a presença de fatores de risco para as complicações causadas pela COVID-19 é comum nestes pacientes, mas frequentemente são diagnosticadas tardiamente e não são tratadas de maneira satisfatória (LAURSEN *et al.*, 2014). Pessoas com esquizofrenia têm maior tendência a ter estilo de vida não saudável, incluindo hábitos como tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, inatividade física e má alimentação (LAURSEN *et al.*, 2012). Ademais, os medicamentos antipsicóticos utilizados para tratamento, em especial antipsicóticos atípicos, estão associados com ganho de peso, dislipidemia, diabetes e outros fatores de risco cardiovascular (NEWCOMER, 2007). Sendo assim, a presença de tais comorbidades pode ter influência na taxa de mortalidade aumentada entre estes pacientes.

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) caracteriza-se pela ocorrência de pensamentos recorrentes e indesejados, imagens mentais ou sensações que levam seus portadores a executar algo de maneira repetitiva. Esse comportamento leva à ansiedade e mal-estar, além de interferir

negativamente nas suas atividades diárias e relacionamentos. Cerca de 3% da população mundial possui este transtorno (FONTENELLE *et al.*, 2006). Dentre a vasta gama de tipos de obsessões e compulsões do TOC, medo de sujeira, sentimento de contaminação e lavagem excessiva das mãos são as mais comuns, afetando cerca de 50% dos pacientes (BRADY *et al.*, 2010; WILLIAMS *et al.*, 2017).

As medidas impostas para contenção da disseminação do SARS-CoV-2, como distanciamento social e, em especial, de higiene, sendo divulgadas amplamente e de maneira contínua, podem ter impacto negativo sobre pacientes com TOC, causando exacerbação dos sintomas (DAVIDE *et al.*, 2020). Durante a epidemia da síndrome respiratória aguda grave (SARS), que ocorreu entre os anos de 2002 e 2004, foi constatado que o sentimento de medo de ser infectado e a ênfase na lavagem das mãos levaram à piora de sintomas de TOC (REYNOLDS *et al.*, 2008).

Sobre o impacto da pandemia de COVID-19 em pacientes com TOC, foi mostrada piora das obsessões de contaminação e, além disso, pacientes que se encontravam em estado de remissão dos sintomas relacionados à doença antes da quarentena tiveram piora mais intensa da sintomatologia durante esse período. Para a redução destes desfechos, sugere-se limitar o acesso às notícias ou que certificar que sejam lidas somente em fontes de confiabilidade comprovada, além do incentivo para que se dedique parte do tempo a atividades prazerosas que auxiliem na distração de pensamentos indesejáveis e reduzam sintomas ansiosos (DAVIDE *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Após análise dos estudos aqui apresentados, é possível concluir que a infecção pelo SARS-CoV-2 é responsável por diversas sequelas neurológicas e psiquiátricas, principalmente em quadros mais graves da COVID-19, podendo desencadear transtornos mentais de origem orgânica, ou exacerbar quadros psiquiátricos prévios. Além disso, os pacientes com transtornos psiquiátricos prévios, principalmente nos casos mais graves como a esquizofrenia, formam um grupo de risco para contrair a COVID-19. Tal população, caracterizada pela sua vulnerabilidade em questões de saúde e muitas vezes socioeconômicas, está sujeita a quadros mais graves e a hospitalizações mais

frequentes, devido ao novo coronavírus. Sendo assim, conclui-se que se faz necessário o desenvolvimento de novos estudos que busquem entender a relação entre a pandemia de COVID-19 e os transtornos psiquiátricos.

Há limitação vigente em relação à temporalidade dos estudos apresentados, fato este observado na predominância de estudos transversais ao invés de longitudinais, comprometendo-se, assim, melhores elucidações quanto às causalidades de desfechos neuropsiquiátricos interligados com a pandemia por COVID-19. Além disso, são necessárias medidas que atendam esta população durante o período pandêmico atual e que o sistema de saúde busque soluções para gerir os impactos futuros da pandemia sobre a saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLDRINI, M. *et al.* How COVID-19 Affects the Brain. *JAMA Psychiatry*, 2021.
- BRADY, R.E. *et al.* Disgust in contamination-based obsessive compulsive disorder: a review and model. *Expert Review of Neurotherapeutics*. v. 10, p. 1295, 2010.
- CAMERON, M.J. *et al.* Human immunopathogenesis of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Virus Research*, v. 133, p. 13, 2008.
- CARVALHO P.M.M. *et al.* The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*, v. 286, 2020.
- CHENG, S.K. *et al.* Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychological Medicine*, v. 34, p. 1187, 2004.
- DAVIDE, P. *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry Research*, v. 291, p. 1, 2020.
- ETXEBARRIA, N.O. *et al.* Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. 2142, 2020.
- FONTENELLE, L.F. *et al.* The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, v. 30, p. 327, 2006.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. ConVid Pesquisa de Comportamentos, 2020. Disponível em: <https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=estado_saude>. Acesso em: 07 abr. 2021.
- GENEROSO, J.S. *et al.* Neurobiology of COVID-19: how can the virus affect the brain?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2021.
- KIM, J.E. *et al.* Neurological Complications during Treatment of Middle East Respiratory Syndrome. *Journal of Clinical Neurology*, v. 13, p. 227, 2017.
- LAM, M.H. *et al.* Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up. *Archives of Internal Medicine*, v. 169, p. 2142, 2009.
- LAURSEN, T.M. *et al.* Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 25, p. 83, 2012.
- LAURSEN, T.M. *et al.* Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 10, p. 425, 2014.
- MANJUNATHA, N. *et al.* The neuropsychiatric aspects of influenza/swine flu: A selective review. *Industrial Psychiatry Journal*, v. 20, p. 83-90, 2011.
- MAO, L. *et al.* Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients with Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology*, v. 77, p. 683, 2020.
- MAZZA, M.G. *et al.* Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 89, p. 594, 2020.
- MOKHTARI, R. & LACHMAN, H.M. The major histocompatibility complex (MHC) in schizophrenia: a review. *Journal of Clinical and Cellular Immunology*, v. 7, p. 479, 2016.
- MÜLLER, N. & SCHWARZ, M.J. Immune system and schizophrenia. *Current Immunology Reviews*, v. 6, p. 213, 2010.
- NEMANI, K. *et al.* Association of Psychiatric Disorders With Mortality Among Patients With COVID-19. *JAMA Psychiatry*, v.78, p. 380, 2021.
- NEWCOMER, J.W. Antipsychotic medications: metabolic and cardiovascular risk. *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 68, p. 8, 2007.
- PAN, K.Y. *et al.* The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*, v. 8, p. 121, 2021.
- PAPPA, S. *et al.* Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*. v. 88, p. 901, 2020.
- QU, G. *et al.* An Imperative Need for Research on the Role of Environmental Factors in Transmission of Novel Coronavirus (COVID-19). *Environmental Science & Technology*, v. 54, p. 3730, 2020.

REYNOLDS, D.L. *et al.* Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection*, v. 136, p. 997, 2008.

SINANOVIC, O. *et al.* COVID-19 Pandemia: Neuropsychiatric Comorbidity and Consequences. *Psiquiatria Danubina*, v. 32, p. 236, 2020.

STEINER, J. *et al.* Acute schizophrenia is accompanied by reduced T cell and increased B cell immunity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, v. 260, p. 509, 2010.

SUKUT, O. & BALIK, C.H.A. The impact of COVID-19 pandemic on people with severe mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, v. 57, p. 953, 2020.

TAQUET, M. *et al.* 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*, v. 8, p. 416, 2021.

TROYER, E.A. *et al.* Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain, Behavior and Immunity*, v. 87, p. 34, 2020.

TSAI, L.K. *et al.* Neuromuscular disorders in severe acute respiratory syndrome. *Archives of Neurology*, v. 61, p. 1669, 2004.

VARATHARAJ, A. *et al.* Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, p. 875, 2020.

VASEK, M.J. *et al.* A complement-microglial axis drives synapse loss during virus-induced memory impairment. *Nature*, v. 534, p. 538, 2016.

VINDEGAARD N. & BENROS, M.E. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 89, p. 531, 2020.

WANG, C. *et al.* A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 87, p. 40, 2020.

WILLIAMS, M.T. *et al.* Cross-cultural phenomenology of obsessive-compulsive disorder. In: ABRAMOWITZ, J.S. *et al.*, editors. *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*, New Jersey; John Wiley & Sons Ltd.; 2017. p. 56-74.

WOO, M.S. *et al.* Frequent neurocognitive deficits after recovery from mild COVID-19. *Brain Communications*, v. 2, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Schizophrenia, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>>. Acesso em: 06 abr. 2021.

WU, J. *et al.* Symptoms and occurrences of narcolepsy: a retrospective study of 162 patients during a 10-year period in Eastern China. *Sleep Medicine*, v. 15, p. 607, 2014.

WU, Y. *et al.* Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 87, p. 18, 2020.

CAPÍTULO 25

COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E SUA RELAÇÃO COM OS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Palavras-chave: Depressive Disorder; Sedentary Behavior

RAPHAELA DA PENHA LINS¹
MANOEL PEDRO DE FARIAS SEGUNDO²
RONALDO DE ATAIDE NICACIO SILVA¹
NATHÁLIA LOPES DE OLIVEIRA¹
NADILLY SOBRAL MONTEIRO DOS SANTOS¹
EVELYN AMORIM DIAS PASSOS¹
ELLEN DAYANNE BARROS SILVA¹
GUILHERME SILVA DE MELO³
PRISCYLLA FRAZÃO RODRIGUES⁴
OLÍVIO JOAQUIM FONSECA NETO⁴
JOÃO VICTOR CARVALHO BARBOSA⁴
ISABELLA CABRAL FERRAZ⁴
CLÁUDIO VINÍCIUS BARROSO QUEIRÓS DE LIMA⁴
PEDRO HENRIQUE DE SOUZA⁵

1. Discente do curso de Medicina na Universidade Federal de Alagoas.
2. Discente – Medicina no Centro Universitário CESMAC.
3. Discente – Medicina no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos.
4. Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Delta do Parnaíba.
5. Discente do curso de Medicina da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul.



INTRODUÇÃO

A *World Health Organization* (WHO) define a saúde como um completo bem-estar físico, social e mental. Com base nesse conceito, tais aspectos tornam-se intimamente relacionados e interdependentes, de modo a evidenciar a importância atual da saúde mental para o contexto de bem-estar individual e coletivo (WHO, 2001).

Os transtornos mentais são um dos principais causadores do aumento da incapacidade e morbidade geral em todo o mundo (VIGO *et al.*, 2016). Segundo Lopes (2020), estima-se que cerca de 30% dos adultos obedecem aos critérios de diagnóstico para algum transtorno mental e cerca de 80% dos indivíduos que possuem esses transtornos vivem em países de baixa e média renda. Além disso, em 2013, cinco tipos de transtornos mentais aparecem entre as 20 principais causas de anos vividos com incapacidade, sendo o Transtorno Depressivo Maior (TDM) e os Transtornos de Ansiedade, a segunda e sétima causas, respectivamente (VIGO *et al.*, 2016).

Dessa forma, nota-se que os transtornos depressivos propiciam um importante comprometimento sócio-ocupacional, o que os tornam consideravelmente debilitantes (HALLGREN *et al.*, 2018). Nesse sentido, a prática de atividades físicas ganha destaque como estratégia de prevenção e tratamento (XIAO, 2020), uma vez que evidências emergentes sugerem uma associação entre o elevado risco de depressão em indivíduos que não realizam exercícios físicos, enquanto sua prática regular pode ter efeito terapêutico eficaz para esse transtorno (HARVEY, 2018).

Assim, para ter efeitos benéficos na saúde em geral, incluindo na redução de

sintomas de ansiedade e depressão, a WHO (2020) recomenda a prática de atividades físicas regulares para adultos de no mínimo: 150-300 minutos de exercício aeróbico de intensidade moderada ou 75-150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa ou uma combinação equivalente de ambas, por semana. Somado a isso, deve-se fazer atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada, pelo menos duas vezes na semana.

Ademais, o estilo de vida adotado pela população nos dias de hoje estimula comportamentos sedentários que desempenham significativa contribuição para o aumento do risco de doenças cardiovasculares e transtornos mentais (WERNECK, 2020). É importante ressaltar, ainda, que o comportamento sedentário é definido como qualquer atividade de vigília que corresponda a uma postura sentada ou reclinada e um gasto de energia próximo aos valores de repouso, de $\leq 1,5$ equivalentes metabólicos (HALLGREN *et al.*, 2018). Entretanto, há efeitos distintos entre comportamentos sedentários passivos, como assistir TV e ouvir música, e mentalmente ativos, como leitura, onde os primeiros são responsáveis pelo aumento do risco de depressão, enquanto os últimos podem atuar como um efeito protetor (HALLGREN *et al.*, 2020).

Dessa forma, este capítulo visa apresentar as evidências atuais sobre a relação entre o sedentarismo e o desenvolvimento ou progressão dos transtornos depressivos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo revisão de literatura integrativa, que busca analisar a relação do sedentarismo com os transtornos

depressivos. Para tal, foram realizadas pesquisas nas seguintes bases de dados: PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde -BVS (MEDLINE/LILACS), utilizando-se os seguintes descritores: "Depressive Disorder" e "Sedentary Behavior". Os fatores de inclusão foram os anos de 2016 a 2020, bem como os textos com o idioma inglês e português. Os fatores de exclusão foram os relatos de casos, filtrados já na pesquisa inicial, porque não se adequam ao objetivo do estudo.

A pesquisa resultou em 23 artigos dos quais 15 foram pré-selecionados pelo título e efetivamente 14 foram utilizados após leitura completa do material. Por fim, os dados obtidos foram analisados e comparados com a literatura atual. A seleção dos estudos foi realizada de forma independente por dois pesquisadores com experiência em revisões, a partir da análise dos títulos, resumos e textos completos das publicações. As divergências foram resolvidas por consenso e, na sua impossibilidade, por um terceiro pesquisador com experiência no tema. Todos os artigos passaram pelo crivo metodológico dos autores, sendo que os estudos com abordagem distinta da proposta inicial foram excluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sedentarismo tem se mostrado como um fator de risco importante para a progressão da doença. Isso porque foi visto que indivíduos depressivos são mais propensos ao estilo de vida sedentário, sobretudo, na presença de comorbidades que estão frequentemente associadas ao quadro depressivo, tais como distúrbios do sono, limitação da mobilidade, incapacidade e dor (STUBBS *et al.*, 2018). A mudança desse estilo de vida e a realização de atividades físicas, mesmo que leves, mostraram auxiliar

na redução dos sintomas depressivos (SNIPPE, *et al.*, 2016). Sob outra perspectiva, no mesmo estudo de Snippe *et al.* (2016), notou-se que a ausência de atividades físicas durante o dia gerava uma maior chance de aparecimento de sintomas depressivos durante a noite, o que pressupõe que o sedentarismo não só contribui para a progressão da doença, como também pode ser um dos fatores a desencadeá-la.

Resultado similar foi observado por Choi & Smoller (2020). Nesse estudo prospectivo de coorte, a avaliação da quantidade de atividade física foi realizada com adolescentes em três diferentes momentos (aos 12, 14 e 16 anos) a fim de se obter uma caracterização mais minuciosa dos padrões de atividade física na adolescência e suas implicações para a depressão. Entre os 12 e 16 anos de idade houve um aumento do tempo gasto em comportamentos sedentários de mais de 90 min/dia. Além disso, o aumento de 60min/dia no tempo despendido em comportamentos sedentários em qualquer um dos 3 diferentes momentos (12, 14 e 16 anos) foi associado com escore de depressão 8-11% mais alto quando alcançada a idade de 18 anos. Notavelmente, a redução na quantidade de atividade física leve apontou para o aumento do sedentarismo entre os 12 e 16 anos, e a realização de atividade física leve por 1h ao dia refletiu escore de depressão mais baixo aos 18 anos. Entre adolescentes de 12 a 15 anos habitantes de países de renda média e baixa, houve um aumento linear na prevalência de sintomas depressivos tanto em meninos quanto em meninas proporcionalmente ao aumento do tempo de sedentarismo e independentemente dos níveis de atividade física (VANCAMPFORT *et al.*, 2018b).

A realização de atividade física também apresentou uma associação inversa com a probabilidade de se desenvolver depressão em um estudo transversal realizado com 1,48 milhões de adultos entre 2011 e 2017. Neste estudo, particularmente, menor probabilidade de depressão foi encontrada para aqueles que combinaram atividade física de intensidade moderada a vigorosa (MVPA) e atividades de fortalecimento muscular (MSA) (MVPA=suficiente e MSA ≥ 2 vezes / semana), sendo a taxa de prevalência mais baixa entre aqueles que possuem nível mais alto de MVPA (≥ 300 min de MVPA/semana) associado com MSA 3 vezes/semana. Dessa forma, as atividades de fortalecimento muscular também parecem contribuir para a prevenção e tratamento da depressão (BENNIE *et al.*, 2019).

Outro estudo, com amostra final de 60.202 adultos com média de 42,9 anos de idade, demonstrou que a doença mental mais prevalente foi a depressão maior entre os homens, mostrando-se relacionada com alta visualização de TV, 37% mais chances de uso de tabaco pelos portadores entrevistados, maiores chances de consumo de alimentos doces e refrigerantes e hábitos associados com a liberação aguda de dopamina, que é suprimida em certas doenças mentais (WERNECK, *et al.*, 2020). Esses comportamentos exercem influência sobre a condição psíquica de seus praticantes ao passo que podem levar à solidão social e retraimento das relações interpessoais, conforme exposto por Wang *et al.* (2019). Essa assertiva também foi apresentada por estudo de Vancampfort *et al.* (2018a), em que níveis mais baixos de coesão social foram associados a um maior grau de sedentarismo, cujo tempo despendido entre aproximadamente 11% das pessoas com depressão foi de 8 ou mais horas por dia.

O papel dos diferentes tipos de comportamento sedentários no desencadeamento ou agravamento da depressão foi abordado por diferentes autores. Conforme apontado por Hallgren *et al.* (2018) em seu estudo longitudinal envolvendo adultos não depressivos em seu início, foi demonstrado que aqueles que apresentaram ≥ 3 horas de comportamentos sedentários mentalmente ativos em um dia típico (em comparação a indivíduos que relataram menos que 3 horas) tiveram riscos significativamente menores de desenvolver depressão. Nesse mesmo estudo, os comportamentos sedentários passivos, como assistir TV, são apontados como potencializadores do risco de depressão enquanto comportamentos sedentários ativos, tal como leitura e trabalho de escritório, podem ter efeito protetor contra essa patologia. Na mesma perspectiva, a pesquisa preliminar de Morres *et al.* (2019) mostrou que o sedentarismo possui uma relação negativa com relação à energia positiva e ao bom humor, enquanto que a atividade física moderada média de 31.19 min/dia (218min/semana) sugere uma redução significativa do quadro depressivo do grupo amostral, contudo, por se tratar de uma amostra pequena, os dados não são tão precisos.

Hallgren (2020), em outro estudo, destacou os problemas de sono como potenciais mediadores em associações de comportamento sedentário passivo com TDM. Essa afirmação foi também sustentada por uma meta-análise (16 estudos, 46.542 participantes) que demonstrou a associação de longos períodos de sedentarismo a um maior risco de insônia e distúrbios do sono (YANG *et al.*, 2017 *apud* HALLGREN *et al.*, 2020). Nesse sentido, a realização de atividades físicas contribui inclusive para um uso menor

de benzodiazepínicos, já que a prática de exercícios atua como um regulador natural do sono (MADRUGA, *et al.*, 2019). Algumas hipóteses para essa associação englobam o uso cada vez maior de telas de LED por pessoas sedentárias, especialmente jovens adultos, bem como a menor exposição à luz solar direta e redução indireta da produção de vitamina D, o que pode, sabidamente, afetar os sintomas de humor (HALLGREN *et al.*, 2020).

Apesar dos mecanismos que relacionam sedentarismo e níveis de depressão ainda não serem muito bem elucidados, foi proposto por Pengpid e Peltzer (2019) o argumento de que as respostas autônomas e inflamatórias ao estresse podem ser aumentadas em indivíduos sedentários, contribuindo, dessa forma, para maiores riscos de distúrbios no humor. Contudo, o inverso pode ser entendido um pouco melhor, isto é, o porquê do exercício físico contribuir para um melhor prognóstico, visto que este traz efeitos positivos sobre a imagem corporal dos indivíduos praticantes, estimula formulação de estratégias, autoeficácia, qualidade de vida e, a nível molecular, estimula aumento do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) e maior disponibilidade de serotonina (XIAO, 2020). Ainda segundo Xiao (2020), o acúmulo de quinurenina (metabólito do L-triptofano), por defeito da sua degradação em ácido quinurênico, está relacionado a distúrbios cognitivos como a depressão. Esse estudo apontou que o exercício aumenta a expressão de aminotransferases de quinurenina no músculo esquelético, de modo a aumentar a captação deste metabólito na circulação e a sua conversão em ácido quinurênico.

Assim, o exercício pode apresentar efeito protetor contra distúrbios induzidos por

estresse psicológico devido ao efeito das aminotransferases induzidas pela via dependente de PGC-1 α - e PPAR α / δ -. Apesar dos resultados positivos, é importante salientar que a prática de atividades físicas não substitui a terapia medicamentosa, o recomendado é a combinação entre as duas modalidades terapêuticas.

CONCLUSÃO

As informações analisadas evidenciam uma relação íntima entre o sedentarismo e o desenvolvimento de transtornos depressivos, existindo entre eles uma ligação diretamente proporcional. Observa-se que a faixa etária pouco influencia esse desenvolvimento e está mais relacionada aos hábitos que levam ao sedentarismo. Nos mais jovens torna-se mais comum o uso de telas e reduzida quantidade de atividade física, nos adultos, além da ausência de atividade física, há redução do convívio social e hábitos como fumo e ingestão de álcool. Os processos fisiopatológicos como obesidade e recorrência inflamatória permeiam ambos os grupos e contribuem para o sedentarismo.

Sendo assim, independente do estímulo que produz um indivíduo sedentário, a consequência desse quadro é um aumento nas chances de desenvolvimento de transtornos depressivos, confirmando essa relação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENNIE, J.A. *et al.* Joint and dose-dependent associations between aerobic and muscle-strengthening activity with depression: a cross sectional study of 1.48 million adults between 2011 and 2017. *Depression and Anxiety*, v. 37, p. 166, 2019.
- CHOI, K.W. & SMOLLER J.W. the right moves to prevent depression in young people. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, p. 221, 2020.
- HALLGREN, M. *et al.* Passive and mentally-active sedentary behaviors and incident major depressive disorder: a 13-year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, v. 241, p. 579, 2018.
- HALLGREN, M. *et al.* Prospective relationships of mentally passive sedentary behaviors with depression: mediation by sleep problems. *Journal of Affective Disorders*, v. 265, p. 538, 2020.
- HARVEY, S.B. *et al.* Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study. *The American Journal of Psychiatry*, v. 175, p. 28, 2018.
- LOPES, C.S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. 1, 2020.
- MADRUGA, C.S. *et al.* Prevalence of and pathways to benzodiazepine use in Brazil: the role of depression, sleep, and sedentary lifestyle. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 41, p. 44, 2019.
- MORRES, I.D. *et al.* Objectively measured physical activity and depressive symptoms in adult outpatients diagnosed with major depression. *Clinical perspectives. Psychiatry Research*, v. 280, p. 1, 2019.
- PENGPID, S. *et al.* High Sedentary Behavior Is Associated with Depression among Rural South Africans. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, p. 1, 2019.
- SNIPPE, E. *et al.* Change in daily life behaviors and depression: within-person and between-person associations. *Health Psychology*, v. 35, p. 433, 2016.
- STUBBS, B. *et al.* Relationship between sedentary behavior and depression: a mediation analysis of influential factors across the lifespan among 42,469 people in low- and middle-income countries. *Journal of Affective Disorders*, v. 229, p. 231, 2018.
- VANCAMPFORT, D. *et al.* Correlates of sedentary behavior in 2,375 people with depression from 6 low- and middle-income countries. *Journal of Affective Disorders*, v. 234, p. 97, 2018a.
- VANCAMPFORT, D. *et al.* Sedentary behavior and depressive symptoms among 67,077 adolescents aged 12–15 years from 30 low- and middle-income countries. *International Journal of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, v. 15, p. 1, 2018b.
- VIGO, D. *et al.* Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, v. 3, p. 171, 2016.
- WANG, X. *et al.* The associations between screen time-based sedentary behavior and depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, v. 19, p. 1, 2019.
- WERNECK, A.O. *et al.* Lifestyle behaviors among 4,343 Brazilian adults with severe mental illness and 55,859 general population controls: data from the Brazilian national health survey. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 42, p. 245, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Switzerland: WHO, 2001 Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 fev. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization, 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1315866/retrieve>>. Acesso em: 27 fev. 2021.
- XIAO, J. editor. Physical Exercise for Human Health. Singapore: Springer Nature; 2020.

CAPÍTULO 26

SINAIS E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA DE UMA FACULDADE PRIVADA DO INTERIOR DE GOIÁS

Palavras-chave: Depressão; Medicina; Acadêmicos de Medicina; Inventário Beck

AMANDA SALLES CARVALHO¹
CAMILA CAROLINA ALVES ASSIS²
GUILHERME LEÃO DA SILVA¹
JOÃO CARLOS INÁCIO DE CARVALHO BRITO¹
JULIANA BESSA MORATO¹
KEVYN WILLIAN LUZ SILVA¹
LARESSA BARBOSA LOPES¹
LUDIMILA VIEIRA MARTINS¹
SAULO DE MORAES GARCIA¹
SAID NIMIR MOHAMED NIMIR YUSUF¹

1. Discente do curso de medicina, Faculdade Morgana Potrich, Mineiros/GO.

2. Docente do departamento de Psicologia, Faculdade Morgana Potrich, Mineiros/GO.



INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é uma doença crônica que acomete mais de 300 milhões de pessoas, cursando com alterações de humor, afeto, labilidade emocional, principalmente, perante situações desafiantes. Tal patologia pode levar a uma disfunção da vida escolar, familiar e laboral. Sua prevalência é compreendida, principalmente, na faixa etária de 15 a 29 anos com maior preponderância no sexo feminino. Nos cuidados com estes pacientes psiquiátricos ainda permanece o estigma social, o que promove baixa adesão e ineficácia (PAHO, 2018). O Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais em sua 5ª edição define depressão como a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de mudanças somáticas ou cognitivas que alteram a capacidade de desempenho do indivíduo (BALDASSIN *et al.*, 2006). Já na 10ª edição do Código Internacional de Doenças (CID-10), é classificado como transtorno de humor em que a disfunção fundamental corresponde a uma alteração do humor ou do afeto (DATASUS, 2019).

O transtorno depressivo maior acomete por volta de 7% da população estadunidense. A prevalência em adultos jovens de 18 a 29 anos é três vezes maior do que em indivíduos acima dos 60 anos. O sexo feminino é 1,5 a três vezes mais afetado do que o sexo masculino. Há diferença na manifestação clínica dos sintomas depressivos entre homens e mulheres. De modo geral, as mulheres sentem-se tristes, sensíveis e desanimadas, já os homens apresentam-se mais inquietos, raivosos e desatentos (BALDASSIN *et al.*, 2006). Segundo a OMS, cerca de 350 milhões de pessoas vivem com depressão, das quais,

por volta de 11 milhões, estão no Brasil, e após um levantamento realizado entre 2005 e 2015, foi constatado um aumento superior a 18% dos casos na população brasileira (PAHO, 2018).

A doença tem como possíveis etiologias fatores sociais, psicológicos e biológicos e se apresenta através de manifestações clínicas como humor deprimido, diminuição e perda de interesse ou prazer em atividades que anteriormente eram consideradas prazerosas, ansiedade, distúrbios do sono, cefaleia, apatia, ideação suicida, sentimento de desesperança, irritabilidade e hipobulia. Vale ressaltar a importância do diagnóstico para a realização do tratamento, que a OMS cita como alternativas, condutas terapêutico-medicamentosa e cuidados psicológicos (PAHO, 2018).

Entre estudantes de medicina observa-se significativa taxa de ansiedade, depressão e suicídio, valores alarmantes que superam a porcentagem que acomete a população em geral (SLAVIN *et al.*, 2014).

Segundo um estudo realizado por Alves (2014) há maior prevalência de sintomas depressivos em estudantes da área médica, associado a um grande estresse devido a cargas horárias intensas, competitividade, provas de residência e a presença de situações como o sofrimento, luto, morte e a compreensão dos limites sociais.

A hipótese mais aceita atualmente é de que o transtorno depressivo resulta da interação de fatores biológicos, psicológicos, ambientais e genéticos (FORLENZA *et al.*, 2013). Já é conhecido que a depressão tem caráter hereditário e os indivíduos com parentesco de primeiro grau de pessoas depressivas apresentam um risco aumentado para o aparecimento da depressão. O fator genético é responsável por 40% do

desenvolvimento de sintomas depressivos em indivíduos saudáveis (SLAVIN *et al.*, 2014).

A hipótese monoaminérgica do transtorno depressivo, explica que há uma diminuição funcional do encéfalo e, por decorrência disto, diminui-se a neurotransmissão dopaminérgica e os receptores de serotonina e noradrenalina na região do córtex pré-frontal e sistema límbico. Porém, considerações atuais indicam que a alteração de serotonina seria uma etiologia secundária, consequência de um processo de estresse celular (SLAVIN *et al.*, 2014). Pesquisas a respeito da diminuição do neurotransmissor serotonina (5-HT), alterações dos receptores 5-HT1A e 5-HT2, e elevação de cortisol são as mais praticadas no estudo da depressão. Devido a isso, grande parte dos antidepressivos tem como principal finalidade a inibição da recaptação de serotonina (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Atualmente, um dos cursos mais procurados é o curso de Medicina, o qual tem o maior índice de candidatos por vaga no Brasil. Muitos o escolhem por motivos humanísticos, devido à vontade de aliviar o sofrimento do próximo, enquanto outros o querem pelo status que lhe proporcionará, pelo possível sucesso econômico. Após passar por grandes períodos de estresse com vestibulares até conseguir ingressar em uma faculdade, o estudante chega à universidade exausto e emocionalmente desgastado pela competitividade do processo seletivo (DALTRO & PONDÉ, 2011).

A partir do momento em que o acadêmico ingressa em uma faculdade, sabe que começará uma nova etapa, onde irá conhecer e conviver com pessoas diferentes e enfrentará várias provas e situações nas quais deverá sobressair-se, além de passar por momentos que comprometerão sua qualidade

de vida. Isso gera enorme ansiedade no acadêmico com medo de não ser capaz.

Um estudo realizado por Vasconcelos *et al.* (2015) mostrou que acadêmicos, de modo geral, estão propícios a distúrbios psicológicos, principalmente aqueles que mudam de cidade e precisam afastar-se da família devido à localização da faculdade.

A adaptação no ambiente acadêmico nem sempre é favorável e positiva. E geralmente as faculdades não proporcionam nenhum tipo de apoio, fazendo com que a saúde mental do estudante interfira em sua qualidade de vida durante sua formação, principalmente, quando a qualidade de vida, expectativas, crenças, objetivos, desejos do acadêmico para sua vida, além da condição mental ficam comprometidas. Isso reflete, negativamente, quando o indivíduo for inserir-se em um mercado de trabalho (DALTRO & PONDÉ, 2011).

O exercício físico possui grandes benefícios e atua prevenindo várias doenças e preservando a saúde, incluindo a saúde mental. Em contrapartida, vários estudos comprovam que o sedentarismo alcançou a população no mundo inteiro, realçando, portanto, ser algo de extrema prevalência na atualidade (ADAMOLI & AZEVEDO, 2009). A frequente prática de exercício físico é fator importante para modificação do curso da doença e severidade dos sintomas de depressão, ansiedade e humor. Isso se comprova, pois, o corpo humano é incentivado a produzir neurotransmissores e hormônios que ajudam no controle do estresse e estimulam as sensações de alegria e bem-estar. Quanto maior a intensidade da atividade física, maior a produção de neurotransmissores liberados pelo corpo humano (CHESTNUT BRASIL, 2018).

A atividade física, seja ela de grande ou pouca intensidade, ajuda a prevenir e combater os sintomas de ansiedade e depressão. Caminhada, ioga e meditação são exercícios que apresentam a tranquilidade e respiração como ponto forte, permitindo que a pessoa se distraia e relaxe aliviando a tensão. A corrida acelera a produção de neurotransmissores como a serotonina, endorfina e noradrenalina. Exercícios como crossfit, treinamento funcional e boxe, são atividades que desenvolvem a força e potência dos músculos, resistência, equilíbrio, flexibilidade e coordenação, melhorando assim a postura e o condicionamento cardiorrespiratório (CHESTNUT BRASIL, 2018).

No Brasil, verificou-se que por dia cerca 32 pessoas aproximadamente morrem vítimas do suicídio, e 90% desses casos poderiam ser evitados. Atualmente as mortes por suicídio já somam mais de 800 mil por ano, sendo considerada mais frequente que a morte por HIV, em todo o mundo, a cada 10 suicídios, houve 40 a 60 tentativas. O comportamento suicida é comum em certas situações devido a fatores ambientais, genéticos, psicossociais e culturais, alguns desses podem ser: distúrbios mentais como depressão e transtorno de personalidade, perdas pessoais, desmotivação, baixo nível educativo e socioeconômico por exemplo. Devido a essa condição de extrema significância social, foi designado que o mês de setembro seria considerado o mês internacional da prevenção ao suicídio, nomeado como setembro amarelo (CHESTNUT BRASIL, 2017).

Objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de sinais e sintomas depressivos em acadêmicos ingressantes do primeiro período e oitavo período (pré-internato) por

meio de um questionário (Escala ou Inventário de depressão de Beck).

MÉTODO

O estudo foi realizado por meio da aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Anexo 26.1), o qual proporcionou uma base analítica qualitativa e quantitativa de sinais e sintomas em acadêmicos do primeiro e oitavo período do curso de Medicina da Faculdade Morgana Potrich de Mineiros-Goiás. Também foi aplicado o questionário sociodemográfico (Anexo 26.2) com o objetivo de caracterizar a amostra de participantes da pesquisa.

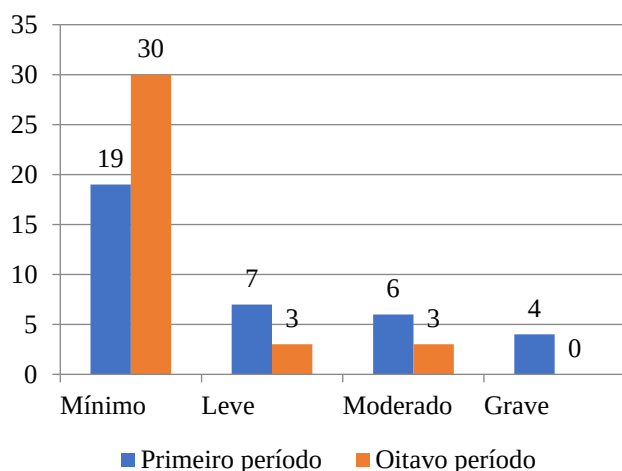
O Inventário de Depressão de Beck, juntamente com o Questionário Sócio Demográfico, foram aplicados na Faculdade Morgana Potrich após consentimento do comitê de ética das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul – FISA/FUNEC parecer número 3.661.593 (Anexo 26.3). A pesquisa foi realizada dentro da sala de aula específica de cada período, para os acadêmicos do primeiro e oitavo período do curso de Medicina da Faculdade citada, totalizando um universo de 110 alunos no oitavo período e 100 no primeiro período, entretanto apenas 72 alunos da amostragem total se propuseram a participar do estudo, sendo destes: 36 do primeiro e 36 do oitavo períodos. Não foram analisados individualmente os sexos para critério de seleção.

Foram selecionados aleatoriamente, entre aqueles que aceitaram participar da amostra. Foram excluídos do estudo os acadêmicos que não estavam devidamente matriculados nos períodos citados e aqueles que não aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

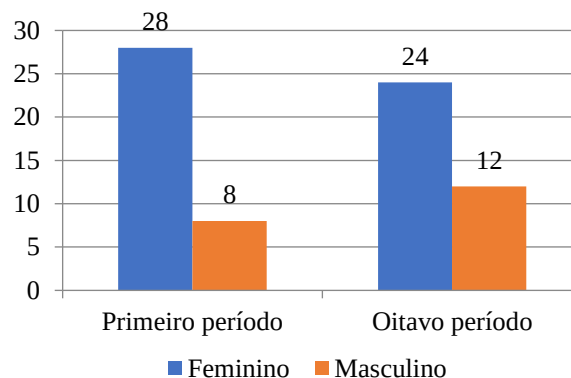
Na análise do inventário de depressão de Beck foi visto que, entre os 36 acadêmicos do primeiro período, 52,77%, o equivalente a 19 pessoas, enquadraram-se na pontuação referente às manifestações mínimas, 19,44% (7) leve, 16,66% (6) moderado e 11,11% (4) graves. Já entre os indivíduos do oitavo período foi observado que entre os 36 alunos avaliados, 83,33%, (30) pessoas encontrava-se em estágio mínimo, 8,33% (3) no leve, 8,33% (3) no estado moderado e nenhuma no grave, como apresentado no Gráfico 26.1.

Gráfico 26.4. Classificação dos acadêmicos de acordo com o inventário de depressão de Beck



No estudo do questionário sócio demográfico as mulheres foram a maioria entre os dois grupos analisados, com valores de 28 e 24, para o primeiro e oitavo período, respectivamente (Gráfico 26.2), o que correspondia 72,22% da amostra de 72 alunos. A atividade física esteve presente diariamente nos hábitos de vida entre 17 acadêmicos, sendo que a mulheres apresentaram uma prevalência de 6:1 em relação aos homens.

Gráfico 26.5. Quantidades de indivíduos por sexo que participaram do estudo em cada período



As doenças mentais foram referidas 57 vezes na análise dos 72 questionários, ressaltando que um indivíduo pode possuir mais de uma doença. Em relação ao primeiro período, a ansiedade (28 vezes) apresentou, em ordem decrescente de citação, o primeiro lugar entre as comorbidades mentais, seguido de transtorno e déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), sendo que sete pessoas negaram quaisquer doenças. Já no oitavo período, a principal patologia referida foi a ansiedade, visto em 15 alunos e 21 dentre os avaliados negaram apresentar qualquer patologia citada (Gráfico 26.3). Ao final, foi vista uma maior prevalência entre mulheres no período analisado (Gráfico 26.4).

Gráfico 26.6. Citações de doenças relacionadas à saúde mental

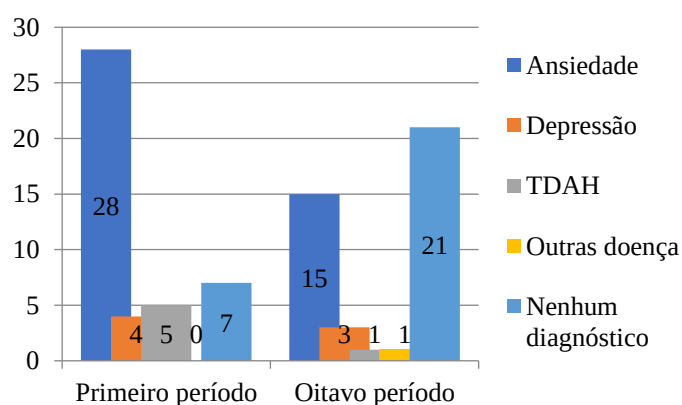
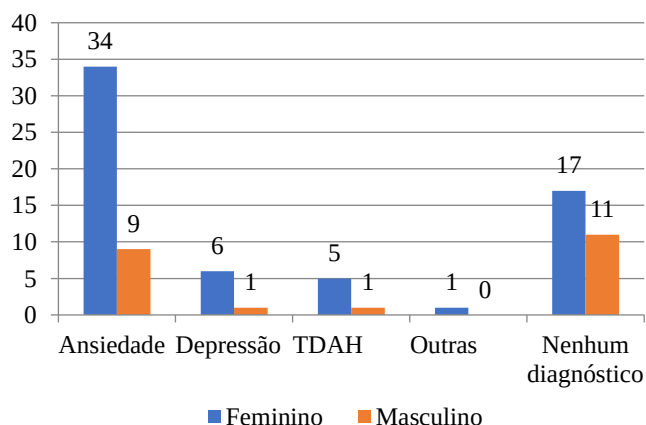


Gráfico 26.7. Relação de doenças mentais entre o sexo do grupo estudado



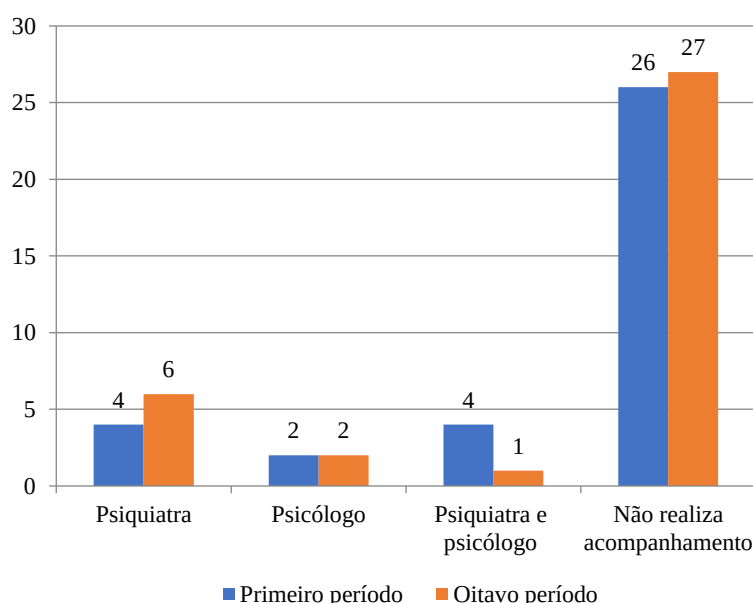
Com relação ao acompanhamento com especialistas no primeiro período, quatro acadêmicos realizavam com psiquiatra, dois com o psicólogo e quatro com ambos profissionais, sendo que 26 do total não buscaram nenhuma ajuda profissional. Já no oitavo período, 75% dos alunos não realizam nenhuma terapêutica, os demais (8) estavam fazendo acompanhamento com psiquiatra e/ou psicólogo (Gráfico 26.5). Por fim, notou-se que mulheres são as que mais buscaram por assistência.

Os acadêmicos dos dois períodos analisados apresentavam-se classificados em relação a escala de depressão de Beck, 68,05% com grau mínimo, 13,88% leve, 12,55% moderado e 5,5% graves, reafirmado relativamente pelo estudo realizado em 2017 por Silveira *et al.* (2014) em uma faculdade, quando 43 acadêmicos se enquadravam em nível mínimo (71,7%), 13 em nível leve (21,7%), três em nível moderado (5%) e um em nível grave (1,7%). Ambos os estudos demonstraram uma taxa decrescente da quantidade de indivíduos quando relacionados a sua pontuação no inventário de depressão de Beck.

Quando analisadas as questões sociodemográficas, as mulheres demonstram mais sintomas depressivos como observado. Um estudo realizado em outra instituição no ano de 2016 por Oliveira *et al.* (2016) verificou que apenas 29,6% dos entrevistados procuraram assistência com psicólogo ou psiquiatra, o que corrobora com os dados observados no estudo desenvolvido, no qual somente 19 pessoas buscaram atendimento, compreendendo 26,38%.

Em estudo semelhante e desenvolvido em 2014 por Paula *et al.* (2014) verificou-se que houve uma diminuição dos sintomas depressivos à medida que o curso avança, saindo de 31,1% no ciclo básico, 27,8% no ciclo intermediário, para 25% durante o internato, dados que reforçam as informações coletadas no presente trabalho. Em contrapartida, outro trabalho realizado por Baldassin *et al.* (2006) demonstrou uma elevação de sintomas de ansiedade no quarto ano, período pré-internato na faculdade.

Gráfico 26.5. Acompanhamento especializado realizado pelos acadêmicos de acordo com os profissionais



Os estudos relacionados à depressão em estudantes de medicina pouco relacionam a atividade física com os sintomas. Porém sabe-se que a prática de exercício físico é fator importante para modificação do curso da doença e severidade dos sintomas (BATISTA & ORNELLAS, 2013).

CONCLUSÃO

Os acadêmicos do primeiro período apresentaram-se interessados e dispostos a responder os questionários, demonstrando felicidade por estar colaborando com uma pesquisa. A maioria respondeu às perguntas com sinceridade e especificidade. Estudantes do oitavo período demonstraram indisposição para responder aos questionários, além de extremo desinteresse e cansaço. Alguns acadêmicos não foram totalmente fiéis às respostas, sendo um dos motivos a pressa para terminar rapidamente o questionário. Outra condição é por terem a concepção de que os “médicos não podem ficar doentes”, pois pergunta-se como uma pessoa doente irá cuidar e tratar de outra.

Analisando outros estudos sobre acadêmicos de medicina relacionados à depressão, observou-se que cresceu o número de depressão e suicídio entre os estudantes universitários e médicos recém-formados, a média é de quatro a cinco vezes maiores que da população do mundo. Nota-se que em todas as escolas médicas são necessárias abordagens mais severas em relação à criação de projetos estratégicos para atender aos alunos, tanto em nível psiquiátrico, psicológico ou farmacológico. Dessa forma é necessário que os acadêmicos sejam acompanhados regularmente, de maneira longitudinal, sendo informados sobre o desenvolvimento, melhora ou piora dos sintomas. Além disso, projetos

que devem ser constituídos de soluções para melhor controle e regressão dos sinais e sintomas depressivos no meio acadêmico com intuito de diminuir a prevalência nessa população.

O número de casos de suicídio e depressão entre os universitários e recém-formados aumenta de forma alarmante todos os anos, porém a média de suicídios nos acadêmicos de medicina é quatro a cinco vezes maior do que na população geral. A criação do setembro amarelo foi de grande ajuda para a população, pois proporcionou maior visibilidade à causa, garantindo ajuda e atenção necessária.

A pessoa com ideação suicida, geralmente, não diz que vai se matar para “chamar a atenção”, mas demonstra alguns sinais e sintomas como pedido de socorro. O apoio dos familiares e amigos para entender o que se passa e conversar para poder ajudar da melhor forma é um dos fatores que podem amenizar o risco de suicídio. Julgamentos e preconceitos são irrelevantes frente a condições de pedido de ajuda, sendo que a atitude correta se baseia em ouvir atentamente e amparar a pessoa que necessita de cuidados psicológicos. Porém é fundamental a busca por atendimento especializado e a ajuda de pessoas próximas para entender como lidar com a situação da melhor forma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMOLI, A.N. & AZEVEDO, M.R. Patterns of physical activity of people with chronic mental and behavioral disorders. *Revista Ciência Saúde coletiva*, v. 14, p. 247, 2009.
- ALVES, T.C.T.F. Depressão e ansiedade entre estudantes da área de saúde. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 93, p. 101, 2014.
- BALDASSIN, S. *et al.* Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. *Revista Arquivo de Medicina ABC*, v. 31, p. 27, 2006.
- BATISTA, W.S. & ORNELLAS, F.H. Exercício físico e depressão: relação entre o exercício físico e o grau de depressão. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, v. 7, p. 474, 2013.
- CHESTNUT GLOBAL PARTNERS Dia mundial da atividade física. Chestnut Brasil, 2018. Disponível em: <http://www.cgpbrazil.com/conteudoexclusivo/dia-mundial-da-atividade-fisica/>. Acesso em: 25 out. 2019.
- CHESTNUT GLOBAL PARTNERS Mês internacional de prevenção ao suicídio Chestnut Brasil, 2017. Disponível em: <http://www.cgpbrazil.com/conteudoexclusivo/mes-internacional-de-prevencao-ao-suicidio/>. Acesso em: 27 out. 2019.
- CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, DATASUS, 2019. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f30_f39.htm. Acesso em: 18 abr. 2019.
- DALTRO, M.R. & PONDÉ, M.P. Atenção psicopedagógica no ensino superior: uma experiência inovadora na graduação de medicina. *Construção psicopedagógica*, v. 19, p. 104, 2011.
- FORLENZA, O.V. *et al.* Compêndio de Clínica Psiquiátrica. Editora Manole; 2013.
- OLIVEIRA, G.S. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de medicina da Universidade Federal do Amapá. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, v. 5, p. 186, 2016.
- PAHO. Com depressão no topo da lista de causas e problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”. Paho, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839. Acesso em: 05 abr. 2019.
- PAULA, J.A. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*. v. 24, p. 1, 2014.
- REZENDE, C.H. Prevalência de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista brasileira de educação médica*, v. 32, p. 315, 2008.
- SILVEIRA, M. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade de Itaúna – MG. *Revista Ciência e Estudos Academic Medicina*, v. 7, p. 10, 2017.
- SLAVIN, S.J. *et al.* Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Academic Medicine*, v. 4, p. 573, 2014.
- VASCONCELOS, T.C. *et al.* Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, p. 135, 2015.

ANEXO 26.1 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0. Não me sinto triste 1. Eu me sinto triste 2. Estou sempre triste e não consigo sair disto 3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	12	0. Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1. Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2. Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 0. Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
2	0. Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1. Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2. Acho que nada tenho a esperar 3. Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	13	0. Tomo decisões tão bem quanto antes 1. Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2. Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 1. Absolutamente não consigo mais tomar decisões
3	0. Não me sinto um fracasso 1. Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2. Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3. Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	14	0. Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1. Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2. Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3. Acredito que pareço feio
4	0. Tenho tanto prazer em tudo como antes 1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2. Não encontro um prazer real em mais nada 3. Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	15	0. Posso trabalhar tão bem quanto antes 1. É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2. Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3. Não consigo mais fazer qualquer trabalho
5	0. Não me sinto especialmente culpado 1. Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2. Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3. Eu me sinto sempre culpado	16	0. Consigo dormir tão bem como o habitual 1. Não durmo tão bem como costumava 2. Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

6 0. Não acho que esteja sendo punido 1. Acho que posso ser punido 2. Creio que vou ser punido 3. Acho que estou sendo punido	17 0. Não fico mais cansado do que o habitual 1. Fico cansado mais facilmente do que costumava 2. Fico cansado em fazer qualquer coisa 3. Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
7 0. Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1. Estou decepcionado comigo mesmo 2. Estou enojado de mim 3. Eu me odeio	18 0. O meu apetite não está pior do que o habitual 1. Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2. Meu apetite é muito pior agora 3. Absolutamente não tenho mais apetite
8 0. Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1. Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2. Eu me culpo sempre por minhas falhas 3. Eu me culpo por tudo de mal que acontece	19 0. Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1. Perdi mais do que 2 quilos e meio 2. Perdi mais do que 5 quilos 3. Perdi mais do que 7 quilos 4. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
9 0. Não tenho quaisquer ideias de me matar 1. Tenho ideias de me matar, mas não as executaria 2. Gostaria de me matar 3. Eu me mataria se tivesse oportunidade	20 0. Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1. Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2. Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
10 0. Não choro mais que o habitual 1. Choro mais agora do que costumava 2. Agora, choro o tempo todo 3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o quera	21 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1. Estou menos interessado por sexo do que costumava 2. Estou muito menos interessado por sexo agora 3. Perdi completamente o interesse por sexo
11 0. Não sou mais irritado agora do que já fui 1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2. Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3. Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar	

ANEXO 26.2 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Dados Pessoais:

Idade: _____. Sexo: () Feminino () Masculino

Período: _____.

1) Estado Civil:

- () Solteiro
- () Casado
- () Outro
- () Viúvo
- () Divorciado

2) Procedência:

- () Mineiros – GO
- () Outra cidade do estado de Goiás
- () Outro estado ou país

3) Com quem vive atualmente?

- () Sozinho(a)
- () Com os pais
- () Com o cônjuge
- () Com outros familiares
- () Outros

4) Realiza atividade remunerada?

- () Nenhuma
- () Trabalho remunerado

5) Atualmente, você tem alguma doença que envolve sua saúde mental?

- () Não
- () Ansiedade
- () Depressão
- () TDAH
- () Outros

6) Realiza a prática de atividades físicas, como: esportes, caminhadas, dança, academia, entre outros?

- () Sempre
- () Esporadicamente
- () Raramente ou nunca

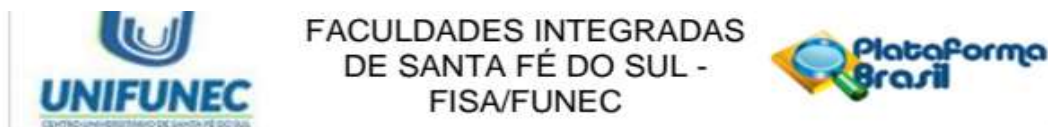
7) Atualmente, faz acompanhamento com algum especialista?

- () Não
- () Sim, psiquiatra
- () Sim, psicólogo
- () Sim, psiquiatra e psicólogo

8) Como você classificaria o grau de satisfação com o curso atual?

- () Péssimo
- () Ruim
- () Razoável
- () Bom
- () Excelente

ANEXO 26.3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sinais e Sintomas de Depressão em acadêmicos do curso de Medicina de uma faculdade privada do interior de Goiás.

Pesquisador: CAMILA CAROLINA ALVES ASSIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15746619.9.0000.5428

Instituição Proponente: CENTRO DE ENSINO SUPERIOR REZENDE & POTRICH LTDA - ME

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.661.593

Apresentação do Projeto:

O projeto SINAIS E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA EM UMA FACULDADE PRIVADA NO INTERIOR DE GOIÁS trata-se de um projeto de conclusão de curso, com financiamento próprio que procura relatar o quadro psicológico/psiquiátrico dos estudantes do curso de Medicina que estão matriculados no primeiro e oitavo períodos do segundo semestre de 2019. O presente estudo visa analisar os sinais e sintomas dessa patologia nos acadêmicos, pois de acordo com a literatura, há maior prevalência de sintomas depressivos em estudantes da área médica, associado a um grande estresse devido a cargas horárias intensas, competitividade, pressão, provas de residência e a presença de situações como o sofrimento, luto, a morte e a compreensão dos limites sociais. Com relação a metodologia trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo do quadro psicológico/psiquiátrico dos estudantes onde será utilizado o Inventário de Beck e a aplicação da entrevista sociodemográfica. Após a coleta dos dados, será possível analisar os sinais e sintomas dessa patologia nos acadêmicos da instituição. Serão incluídos no estudo os acadêmicos devidamente matriculados na instituição e cursando o primeiro e oitavo período e que aceitarem assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e serão excluídos do estudo os acadêmicos que não estão devidamente matriculados no primeiro período ou oitavo período do curso de Medicina no segundo semestre de 2019, aqueles que não aceitarem assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e acadêmicos menores de idade.

Endereço: Avenida Mangará 477

Bairro: Jardim Mangará

CEP: 15.775-000

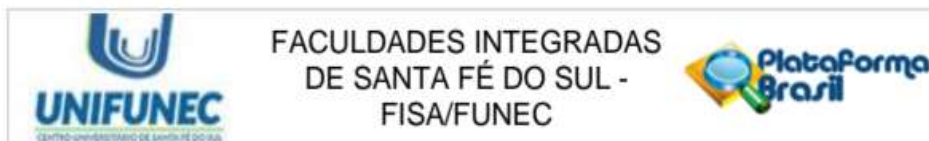
UF: SP

Município: SANTA FE DO SUL

Telefone: (17)3641-9000

Fax: (17)3641-9000

E-mail: cep@funecsantafe.edu.br



Continuação do Parecer: 3.661.593

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é avaliar o nível de sinais e sintomas depressivos em acadêmicos ingressantes do primeiro período e acadêmicos do oitavo período (pré-internato).

Os objetivos secundários são: identificar, por meio de um questionário (Escala ou Inventário Beck de Depressão), a presença de sinais e sintomas depressivos entre os estudantes, verificar se os estudantes ingressaram no curso realizando acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico ou iniciaram o acompanhamento após a entrada na faculdade. Comparar os níveis de sintomas depressivos entre acadêmicos do primeiro e oitavo período do curso de Medicina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa envolve riscos sejam eles físicos ou psicológicos. Neste caso pode ocorrer constrangimento ao responder o inventário e a entrevista sociodemográfica com a exposição do objeto de pesquisa, o qual será amenizado pelo fato do inventário e a entrevista não conterem informações como nome, telefone e endereço. O termo de consentimento livre esclarecido e o IDB anexado a entrevista sociodemográfica serão entregues e recolhidos em momentos diferentes para evitar a identificação do entrevistado. Ao responder o inventário, o participante pode demonstrar desconforto, ou vergonha em relação a algumas perguntas além do cansaço devido a quantidade de itens a serem lidos e respondidos.

Benefícios

A obtenção de dados vai colaborar para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento da depressão como por exemplo, auxílio psiquiátrico ou psicológico pela instituição de ensino, palestras e aulas que abordem o tema, flexibilidade na carga horária de estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O referencial teórico está atualizado e é suficiente para a proposta do projeto. O cronograma está adequado de acordo com tramitação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Com relação aos TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA, foram apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o Projeto de Pesquisa Detalhado, Termo de Anuência Institucional (TAI), Instrumentos de Obtenção de Dados (Entrevista Sociodemográfica e Inventário de Depressão de Beck (BDI)). Todos estão adequados.

Recomendações:

Revisão ortográfica e correção de redação conforme o parecer, evitando a utilização de termos que indicam juízo de valor.

Endereço: Avenida Mangará 477

Bairro: Jardim Mangará

CEP: 15.775-000

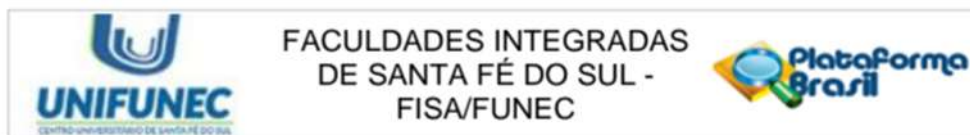
UF: SP

Município: SANTA FE DO SUL

Telefone: (17)3641-9000

Fax: (17)3641-9000

E-mail: cep@funecsantafe.edu.br



Continuação do Parecer: 3.661.593

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, na sua reunião de 22/10/2019, APROVOU O PROTOCOLO. Após o desenvolvimento e conclusão da pesquisa entregar RELATÓRIO FINAL ao Comitê de Ética em Pesquisa, acompanhado, quando necessário, dos seguintes termos: Termo de Anuência Institucional (TAI), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento (TA) assinados, impreterivelmente até o dia 06/10/2020. Modelo do relatório final está no site: <http://www.funecsantafe.edu.br/comite-de-etica-em-pesquisa>.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1379480.pdf	04/09/2019 14:32:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pesq.docx	04/09/2019 14:32:14	CAMILA CAROLINA ALVES ASSIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.docx	04/09/2019 14:30:12	CAMILA CAROLINA ALVES ASSIS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/06/2019 09:20:26	CAMILA CAROLINA ALVES ASSIS	Aceito
Outros	tai.pdf	14/06/2019 09:06:33	CAMILA CAROLINA ALVES ASSIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	14/06/2019 09:04:36	CAMILA CAROLINA ALVES ASSIS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Mangará 477
Bairro: Jardim Mangará **CEP:** 15.775-000
UF: SP **Município:** SANTA FE DO SUL
Telefone: (17)3641-9000 **Fax:** (17)3641-9000 **E-mail:** cep@funecsantafe.edu.br

CAPÍTULO 27

ELETROCONVULSOTERAPIA

Palavras-chave: Eletroconvulsoterapia; Transtornos Psiquiátricos; Tratamento

TAUANE DA MATA VIEIRA OLIVEIRA¹

FERNANDA SANTI SILVEIRA¹

LUCAS SILVEIRA BENEVIDES²

1. Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

2. Médico Psiquiatra, docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.



INTRODUÇÃO

A eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento eficiente e seguro para diversos transtornos psiquiátricos. Essa técnica consiste na passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro, gerando convulsões generalizadas que duram de 20 a 150 segundos, mas apesar de ser um procedimento seguro, há baixa utilização por preconceito e informações distorcidas sobre esse tratamento (PERIZZOLO, 2003).

Quando a corrente elétrica passa pelo cérebro acontece uma perda de consciência e um espasmo muscular generalizado, assim o paciente chega ao estado comatoso da mesma forma de uma crise convulsiva patológica. A pessoa fica desacordada por alguns minutos e depois desperta espontaneamente, muitos sem se lembrar do que aconteceu (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

O objetivo deste estudo foi revisar as indicações do uso de Eletroconvulsoterapia em certas doenças psiquiátricas, além das contraindicações e dos efeitos colaterais do uso dessa técnica. Ademais, reitera-se a importância de quebrar o preconceito com o uso da ECT.

MÉTODO

O presente capítulo compreende uma pesquisa de delineamento bibliográfico de natureza exploratória realizada a partir de referências relacionadas ao tema, com data de publicação de 1994 a 2021. Consultaram-se as seguintes bases de dados: PubMed, MEDLINE e SciELO.

Foram selecionadas produções em português e em inglês, utilizando-se os seguintes termos: “eletroconvulsoterapia” e “terapia eletroconvulsiva”. Foram incluídas

publicações que continham informações gerais sobre o tema, e foram excluídos artigos que estavam fora do período estipulado ou que tangenciam ao assunto escolhido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ECT é uma intervenção em geral segura, sendo um dos procedimentos com menor taxa de mortalidade dentre as terapias que exigem anestesia geral, ocorrendo duas mortes a cada 100.000 procedimentos (KELLNER, 2018). Quando bem indicada, demonstra ser uma terapia de alta eficácia para aqueles pacientes que necessitam de efeitos terapêuticos rápidos, intolerantes ou que não respondem ao uso de psicofármacos e nos casos em que os pacientes optem pela terapia devido o desejo de não aderir às demais opções terapêuticas (MACHADO *et al.*, 2018).

As aplicações da ECT, ocorrem no período matutino, em geral, sendo necessária a realização de jejum precedendo o procedimento, por no mínimo oito horas. O procedimento é realizado sob a ação de anestesia endovenosa de curta ação, associada a um relaxante muscular. Para a realização da terapia, são requisitados no momento do procedimento um médico psiquiatra, um anestesista, um enfermeiro e ao menos dois técnicos de enfermagem (MARCOLIN, 2018; TOWNSEND, 2002).

A ECT passou por diversas mudanças, o que fez com que essa técnica fosse mais aceita nos últimos anos. Foram incorporados aparelhos modernos nos quais se consegue fazer a dosimetria da carga exata para cada tratamento, faz-se o uso de parâmetros mais fisiológicos, por exemplo, um comprimento de onda curto, uma corrente elétrica constante, o controle do período de estímulo e a

frequência do disparo. Ademais, durante o procedimento, há monitorização contínua cardíaca, do nível da oximetria, da pressão arterial sistêmica e o eletroencefalograma (SHIOZAWA *et al.*, 2014).

Para o procedimento é necessário que haja o consentimento do paciente ou de seu responsável. Além disso, faz-se uma avaliação médica e neuropsiquiátrica que deve envolver exame físico, exame do estado mental, história médica prévia e revisão de sistemas. Ademais, certos exames devem ser pedidos, como o hemograma, eletrólitos, uréia e eletrocardiograma para todos os pacientes que serão submetidos a ECT, sendo que podem ser necessários também exames de imagem cerebral, radiografia da coluna ou algum outro exame complementar de acordo com as comorbidades do paciente. Sendo assim, os riscos e os benefícios devem ser analisados (SALLEH *et al.*, 2006; PERIZZOLO, 2003).

Mecanismo de ação da ECT

O campo elétrico da ECT afeta a atividade cerebral por meio da despolarização e hiperpolarização das membranas neuronais. A estimulação com campos elétricos extracelulares gera potenciais de ação no axônio e após esse potencial de ação acontecem pós potenciais despolarizantes e hiperpolarizantes da membrana neural e modulações de atividade das redes neurais. Assim, cada pulso de estímulo de ECT resulta da despolarização de vários neurônios, liberando os neurotransmissores, sendo que a dose é controlada ajustando o número de pulsos, duração e/ou a frequência (PETERCHEV *et al.*, 2010).

A ECT é um tratamento biológico não farmacológico que gera crises epiléticas

generalizadas, utilizando técnicas de estimulação de pulso breve sob anestesia e paralisia da musculatura. Observando a hipótese da deficiência de monoaminas da depressão, a ECT seria responsável por atenuar a neurotransmissão serotoninérgica e noradrenérgica. Além disso, ainda nos casos de depressão, a ECT demonstrou aumentar os níveis plasmáticos de triptofano - precursor da serotonina (BAGHAI & MÖLLER, 2008).

Além dos neurotransmissores, a ECT afeta diversas áreas do sistema nervoso central (SNC), como os neuropeptídeos, os hormônios e os fatores neurotróficos. As neurotrofinas são responsáveis por proteger as células do SNC, gerar crescimento celular e dos brotos dendríticos, expressar receptores monoaminérgicos e estimular a produção de monoaminas (ANTUNES *et al.*, 2009).

Indicações

Na maioria das vezes, a ECT é utilizada quando há falha no tratamento farmacológico, porém seu uso não deve ser restrito a essa situação, já que há indicação na depressão maior (episódio único ou recorrente), na bipolaridade (tanto nos episódios depressivos, quanto nos maníacos), na esquizofrenia (com melhores resultados quando há sintomatologia afetiva ou catatônica), no transtorno esquizoafetivo, no transtorno esquizofreniforme, no risco agudo de suicídio e também em doenças clínicas. Entre as doenças clínicas destaca-se a síndrome neuroléptica maligna, o Parkinson, a epilepsia e a discinesia tardia (MOSER *et al.*, 2005).

Esquizofrenia

A ECT é recomendada com alta eficácia para pacientes com esquizofrenia

refratária, já que estimulam diretamente as sinapses nervosas. Esse tipo de procedimento pode ser usado associado à farmacoterapia, gerando melhores resultados de cada um deles individualmente (SANTOS *et al.*, 2020). A ECT parece apresentar resultados benéficos em pacientes que não respondem adequadamente aos antipsicóticos típicos e atípicos. Com relação aos sintomas, a terapia demonstrou ser efetiva em pacientes com sintomas positivos e naqueles com sintomas catatônicos (SUZUKI *et al.*, 2006).

Alguns trabalhos anteriores sugerem ainda que é ineficaz em casos de confusão mental e sintomas negativos. Porém, ainda existem poucos ensaios clínicos prospectivos controlados randomizados que investigam os casos de ECT na esquizofrenia refratária, sendo então necessárias mais pesquisas sobre o tema (LÉVY-RUEFF *et al.*, 2008).

Depressão

A ECT na Depressão Maior tem seu uso bem indicado em pacientes com baixa resposta à terapia medicamentosa ou baixa tolerância aos efeitos colaterais dos antidepressivos, bem como em casos graves, onde há risco elevado de suicídio (HERMIDA *et al.*, 2018). Além do mais, a ECT parece alcançar melhores resultados e maiores taxas de remissão na depressão refratária, quando comparado ao tratamento farmacológico (SIDOROV & MAYUR, 2017).

Em um ensaio clínico realizado por Weeks *et al.* (2013), após 8 a 12 sessões de ECT, os 20 pacientes submetidos à terapia apresentaram redução importante de escore clínicos para depressão. Os fatores protetores para que o paciente não tenha uma recaída após a ECT são a idade avançada, ser casado, a continuação do tratamento com a ECT ou

com o antidepressivo. Já o uso de substâncias e a resistência ao uso de antidepressivos estão ligadas ao risco aumentado de recidiva mesmo após o procedimento (BRUS *et al.*, 2019).

Em relação às alterações da função cognitiva nos pacientes com depressão que fazem o uso da ECT, há uma contradição. Alguns estudos dizem que a função cognitiva e a memória seriam prejudicadas, principalmente nos primeiros 7 dias, outros relatam que a cognição retorna ao seu basal ou melhora após o tratamento (VASAVADA *et al.*, 2017). Além disso, a ECT apresenta bons resultados como escolha em idosos com transtornos depressivo maior e provavelmente produz melhora na qualidade de vida relacionada à saúde desses pacientes, além de poder ser usada junto com a medicação objetivando prolongar a remissão sintomática (MCCALL *et al.*, 2018).

Bipolaridade

O transtorno bipolar é uma doença grave e que frequentemente se associa a deterioração cognitiva e funcional. Muitas vezes, o paciente, mesmo em polifarmácia, continua tendo recidivas dos episódios, sendo que a ECT pode ser usada no tratamento agudo dos casos graves de mania, depressão ou mistos. Normalmente, esse não é o tratamento de primeira linha, mas na prática clínica isso ocorre algumas vezes em situações de emergência, como os pacientes com ideação ou comportamento suicida, perda de peso severa, desidratação e desnutrição (PERUGI *et al.*, 2017).

Em pacientes resistentes ao tratamento da depressão bipolar com psicofarmacológicos, o uso da ECT não se associou com a redução da função neurocognitiva (KESSLER *et al.*, 2014).

Gestação

Transtornos de humor graves se não tratados na gravidez podem gerar perigos significativos. Assim, apesar da aplicação da ECT ter particularidades em gestantes, é um método confiável se forem tomadas as medidas para diminuir os possíveis riscos. Antes do procedimento, deve-se realizar um exame pélvico, fazer a retirada das medicações anticolinérgicas não essenciais e a tocodinamometria uterina (MILLER, 1994).

Ter cuidados diferentes com a grávida é importante devido a diversas alterações do organismo materno, que fazem com que as gestantes estejam mais predispostas a sofrer broncoaspiração durante o procedimento e a terem uma via aérea de difícil manejo. Para a prevenção destas complicações, podem ser realizadas drogas pró cinéticas, inibidores de bomba de prótons e antagonistas dos receptores histamínicos, precedendo o procedimento, bem como a otimização da oxigenação materna (BAJWA & BAJWA, 2008).

Durante o procedimento podem ocorrer complicações fetais, como irregularidade da frequência cardíaca no período pós ictal, bradicardia fetal durante a fase tônica, ou redução da variabilidade da frequência cardíaca. Ainda, devido ao aumento da demanda cardíaca e por oxigênio em razão das convulsões induzidas, pode haver baixa perfusão placentária e hipóxia fetal. Em função disso, é necessário que seja realizado monitoramento materno-fetal durante o procedimento. A fim de prevenir as complicações relacionadas à redução da perfusão, podem ser aplicadas medidas de suporte, anteriormente ao procedimento, como a hidratação venosa da paciente e pré oxigenação (evitando a hiperventilação). Durante o procedimento, o posicionamento da

paciente em decúbito lateral esquerdo, pode ser adotado, favorecendo o retorno venoso e a perfusão (MILLER, 1994; NEJDLOVA & JOHNSON, 2012).

Lactantes

A ECT pode ser usada na psicose puerperal, particularmente em casos refratários a tratamentos convencionais. Com isso, é possível que haja uma adequada vinculação mãe-lactente, o que reduz a descompensação psicótica e a internação e também permite que a mãe possa amamentar. Mesmo que na ECT haja uso de indução anestésica, as doses estão abaixo do limiar clínico de exposição de lactentes, ou seja, após a recuperação anestésica não há indicação de interromper a amamentação (MADEIRA *et al.*, 2012).

Pediatria

Na psiquiatria infantil, a ECT é considerada um método seguro e eficaz de tratamento nos transtornos depressivos graves. Porém, é um tratamento ainda pouco usado nesse grupo, já que muitos psiquiatras têm pouco conhecimento sobre seu uso nessa população (SMITH-APELDOORN *et al.*, 2020).

Contraindicações

Não existem contraindicações absolutas à ECT, mas algumas condições têm maior risco, como o aumento da pressão intracraniana e a história de acidente vascular cerebral (MOSER *et al.*, 2005).

Ademais, situações cardiovasculares graves, como infarto do miocárdio recente, malformações vasculares, escore de ASA (*American Society of Anesthesiologists*) 4 ou

5 também podem impedir o uso da ECT. Outro ponto que deve ser avaliado é o uso de medicações, já que o uso de anticonvulsivantes e benzodiazepínicos impede a ECT, e o uso de carbonato de lítio aumenta o risco de delirium prolongado, ou seja, esses fármacos devem ser interrompidos temporariamente ou diminuídos antes da ECT (JOSÉ & CRUZ, 2020).

Complicações e riscos da ECT

A taxa de mortalidade é muito baixa na ECT, mas podem ocorrer efeitos adversos, sendo que os mais comuns são náusea, cefaleia, mialgia e delírio pós-ictal. Pode ser ainda que o paciente apresente alterações cognitivas, como a amnésia transitória, ou alterações cardiovasculares (KALIORA *et al.*, 2018).

Há anos, a ECT não incluía o relaxamento muscular, o que resultava com lesões musculoesqueléticas em 40% dos casos, porém, atualmente usa-se a succinilcolina para o bloqueio neuromuscular. Essa medicação é administrada antes da ECT, prevenindo essas lesões até em pacientes que apresentam osteoporose ou patologia espinhal (NARANG *et al.*, 2019). Buscando reduzir o medo e a probabilidade dos efeitos adversos, atualmente faz-se o uso de agentes anestésicos, além dos relaxantes musculares. Porém, em algumas partes do mundo, especialmente em locais em que não há acesso ao equipamento anestésico, o procedimento é feito sem essas medicações (SINCLAIR *et al.*, 2019).

Além disso, é necessário avaliar o uso de certas medicações juntamente com a ECT, como o lítio. Ainda há controvérsias a respeito dessa associação lítio-ECT, por exemplo, um estudo americano realizado entre 2010 e 2014

demonstrou que esse uso associado aumenta 12 vezes as chances de delírio em comparação com ECT isolada. Por isso, quando possível, deve-se considerar evitar o uso do lítio durante o procedimento (PATEL *et al.*, 2020).

O que dizem os críticos da ECT?

Mesmo que a ECT já seja usada há algumas décadas e tenha grande aceitação científica, muitas pessoas ainda enxergam como um método doloroso e questionam a verdadeira eficácia do procedimento (CARDOSO *et al.*, 2021).

Isso ocorre devido aos seus antecedentes, ao uso do procedimento de forma inapropriada e aos efeitos secundários. A literatura traz que as técnicas de ECT atingiram uma mortalidade de 11% e uma morbidade maior ainda, o que desestimulou seu uso por muito tempo devido ao risco, já que não se consegue antecipar totalmente o efeito que as convulsões podem gerar sobre o sistema nervoso (ROMERO-TAPIA & GAMBOA-BERNAL, 2018).

Além disso, a ECT é vista como um estigma por muitos médicos. Um grande número de psiquiatras relata não ter certeza de suas indicações, de seus eventos adversos e ser um procedimento de alto custo, o que dificulta seu uso (ROSS *et al.*, 2018).

Ademais, muitas pessoas leigas e familiares dos pacientes que serão receptores da ECT são influenciadas pela desinformação sobre o assunto. Por muitos anos, foram divulgadas distorções pela mídia, pelas representações em filmes, pelas coalizões que fazem lobby por legislação anti-ECT e pela internet, gerando descrédito e vários mitos a respeito da ECT (PAYNE & PRUDIC, 2009).

CONCLUSÃO

A ECT é um tratamento que encontra resultados satisfatórios em muitos pacientes, por isso, é necessário conhecer como ocorre esse procedimento e de que forma ele pode ser feito, diminuindo, assim, os seus possíveis efeitos colaterais.

A ECT foi um método muito criticado por muitos anos, mas atualmente é considerada segura e age em diversas patologias, sendo então essencial conhecer indicações e contraindicações da técnica, já que ela pode ser usada em pacientes refratários aos outros tratamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, P.B. *et al.* Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, p. S26, 2009.
- BAGHAI, T.C. & MÖLLER, H.J. Terapia eletroconvulsiva e suas diferentes indicações. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 10, p. 105, 2008.
- BAJWA, S.J.S. & BAJWA, S.K. Anaesthetic challenges and management during pregnancy: strategies revisited. *Anesthesia Essays and Researches*, Munich, v. 10, p. 105, 2008.
- BRUS, O. *et al.* Lítio para suicídio e prevenção de readmissão após eletroconvulsoterapia para depressão unipolar: estudo de registro de base populacional. *The British Journal of Psychiatry*, v. 5, p. 1, 2019.
- CARDOSO, A.L.C. *et al.* O uso da eletroconvulsoterapia em pacientes esquizofrênicos: revisão de literatura. *Brazilian Journal Of Health Review*, v. 4, p. 6916, 2021.
- GUIMARÃES, J.C.S. *et al.* Terapia electroconvulsiva: construção histórica del cuidado de enfermería (1989-2002). *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 2743, 2018.
- HERMIDA, A.P. *et al.* Electroconvulsive therapy in depression: current practice and future direction. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 41, p. 341, 2018.
- JOSÉ, B.B. & CRUZ, M.C.C. Eletroconvulsoterapia como prática psiquiátrica: revisão de literatura. *Archives of Health Investigation*, v. 8, p. 628, 2019.
- KALIORA, S.C. *et al.* Electroconvulsive therapy: 80 years of use in psychiatry. *Psychiatriki*, v. 29, p. 291, 2018.
- KELLNER C. Overview of electroconvulsive therapy (ECT) for adults. Disponível em: <https://somepomed.org/articulos/contents/mobiprevie w.htm?9/50/10017>. Acesso em: 20 fev. 2021.
- KESSLER, U. *et al.* The effect of electroconvulsive therapy on neurocognitive function in treatment-resistant bipolar disorder depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 75, p. 1306, 2014.
- LÉVY-RUEFF, M. *et al.* Place de lélectroconvulsivothérapie de maintenance dans le traitement des schizophrénies résistantes. *Lencéphale*, v. 34, p. 526, 2008.
- MACHADO, F.B. *et al.* Eletroconvulsoterapia: implicações éticas e legais. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 7, p. 235, 2018.
- MADEIRA, N. *et al.* Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 61, p. 45, 2012.
- MARCOLIN, K.A. Terapia eletroconvulsiva de pulso ultra-breve bitemporal para o tratamento da síndrome neuroléptica maligna em um primeiro episódio psicótico: relato de caso. *Trends Psychiatry Psychother*, v. 39, p. 62, 2017.
- MCCALL, W.V. *et al.* Effects of continuation electroconvulsive therapy on quality of life in elderly depressed patients: a randomized clinical trial. *Journal Psychiatric Research*, v. 97, p. 65, 2017.
- MILLER, L.J. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. *Hospital & Community Psychiatry*, v. 45, p. 444, 1994.
- MOSER, C.M. *et al.* Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 27, p. 302, 2005.
- NARANG, P. *et al.* Risco de lesão musculoesquelética e terapia eletroconvulsiva. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, v. 21, p. 43, 2019.
- NEJDLOVA, M. & JOHNSON, T. Anaesthesia for non-obstetric procedures during pregnancy. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, v. 12, p. 203, 2012.
- PATEL, R.S. *et al.* Combination of lithium and electroconvulsive therapy (ect) is associated with higher odds of delirium and cognitive problems in a large national sample across the united states. *Brain Stimulation Journal*, v. 13, p. 15, 2020.
- PAYNE, N.A. & PRUDIC, J. Eletroconvulsoterapia: parte ii: uma perspectiva biopsicossocial. *Journal Of Psychiatric Practice*, v. 15, p. 369, 2009.
- PERIZZOLO, J. Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 25, p. 327, 2003.

PERUGI, G. *et al.* The role of electroconvulsive therapy (ect) in bipolar disorder: effectiveness in 522 patients with bipolar depression, mixed-state, mania and catatonic features. *Current Neuropharmacology*, v. 15, p. 359, 2017.

PETERCHEV, A.V *et al.* Parâmetros de estímulo da terapia eletroconvulsiva: repensando a dosagem. *The Journal of ECT*, v. 26, p. 159, 2011.

ROMERO-TAPIA, A. & GAMBOA-BERNAL, G.A. Es bioéticamente adecuada la aplicación de la terapia electroconvulsiva?[is ethic the use of electroconvulsive therapy?]. *Cuadernos de Bioética*, v. 29, p. 13, 2018.

ROSS, E.L. *et al.* Custo-efetividade da eletroconvulsoterapia versus farmacoterapia / psicoterapia para depressão resistente ao tratamento nos Estados Unidos. *JAMA Psychiatry*, v. 75, p. 713, 2018.

SALLEH, M.A. *et al.* Eletroconvulsoterapia: critérios e recomendações da associação mundial de psiquiatria. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 33, p. 262, 2006.

SANTOS, C.M.P. *et al.* O uso da eletroconvulsoterapia em pacientes esquizofrênicos: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, p. 68522, 2020.

SHIOZAWA, P. *et al.* Eletroconvulsoterapia para o tratamento de depressão psicótica refratária em paciente com desnutrição grave: estamos esquecendo a ect?. *Revista Debates Em Psiquiatria*, v. 4, p. 6, 2014.

SIDOROV, A. & MAYUR, P. Rapid amelioration of severe manic episodes with right unilateral ultrabrief pulse ect: a case series of four patients. *Psiquiatria Australas*, v. 25, p. 10, 2017.

SINCLAIR, D.J.M. *et al.* Terapia eletroconvulsiva para esquizofrenia resistente ao tratamento. *Cochrane De Revisões Sistemáticas*, v. 3, p. 1, 2019.

SMITH-APELDOORN, S.Y. *et al.* Elektroconvulsietherapie bij een 12-jarige jongen met een ernstige depressie [electroconvulsive therapy in a 12-year-old boy with a severe depression]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, v. 62, p. 1080, 2020.

SUZUKI, K. *et al.* Improvement of psychiatric symptoms after electroconvulsive therapy in young adults with intractable first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, v. 210, p. 213, 2006.

TOWNSEND, M.C. *Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados*. 3ª ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VASAVADA, M. *et al.* Resultados cognitivos de curto e longo prazo em pacientes com depressão grave tratados com terapia eletroconvulsiva. *The Journal of ECT*, v. 33, p. 278, 2017.

WEEKS, H.R. *et al.* Antidepressant and neurocognitive effects of isoflurane anesthesia versus electroconvulsive therapy in refractory depression. *PLoS One*, v. 8, p. 1, 2013.

CAPÍTULO 28

ABORDAGEM DO COMPORTAMENTO SUICIDA

Palavras-chave: Suicídio; Comportamento Suicida; Transtorno de Humor

ALAN FLÁVIO RAMOS TEIXEIRA VAZ¹
ALEXANDRE WEIRICH MEURER SIEGEL¹
BIANCA DE MARCO ANGELI¹
GABRIEL ANTÔNIO SIMÕES COSTA¹
IARA PINHEIRO CALIL¹
JOÃO VICTOR FAGUNDES DOS SANTOS¹
JOÃO PEDRO DONATO VELOSO¹
LUCIANO GONZAGA E FREITAS¹
MATEUS CÂNDIDO DINIZ JARDIM¹
MATHEUS FERNANDES COSTA E SILVA¹
RAFAEL AUGUSTO DE CARVALHO LEÃO¹
VICTOR GOULART SAD¹



INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é um fenômeno complexo e multifatorial que envolve dimensões biopsíquicas, históricas, socioambientais, culturais e econômicas. Esse conceito engloba alguns outros conceitos importantes, tais como ideação suicida; planejamento, tentativa de autoextermínio, além do suicídio propriamente dito, definido como o ato exitoso de tirar a própria vida. Embora se refiram a fenômenos vinculados, todos esses conceitos possuem caracterização própria, sendo importante defini-los e diferenciá-los, uma vez que serão frequentemente abordados neste capítulo.

A ideação suicida engloba pensamentos sobre tirar a própria vida, sendo considerada um fator importante de ser identificado e passível de intervenções, uma vez que quanto mais frequente e detalhada, maior o risco do ato em si. O planejamento é um passo além da ideação, na qual o indivíduo determina detalhes como método, data, local, comunicação interpessoal. É importante identificá-lo, uma vez que a tentativa de suicídio pode se tratar de um ato planejado ou fruto de impulsividade e esta característica impacta diretamente na avaliação do risco de recidivas. A tentativa de suicídio engloba qualquer conduta de dano não fatal provocado intencionalmente em si mesmo e também pode ser caracterizada como planejada ou impulsiva. Já o suicídio propriamente dito é o ponto de colapso frente a uma série de fatores predisponentes e pode ser avaliado tanto na perspectiva pessoal, quanto sociocultural do indivíduo (CRPDF, 2020).

Considerado como um grave problema de saúde pública devido seu grande impacto social, econômico e cultural, os índices de suicídio são frequentemente

utilizados como indicadores indiretos do estado de saúde mental da população. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), menos de 2% do orçamento global médio destinado à saúde foram alocados para o setor da saúde mental em 2017 e, devido a isso, foram adicionadas, no 13º Programa de Trabalho Geral 2019-2023, estratégias em busca de melhorar a saúde mental da população e reduzir as taxas de mortalidade por desordens mentais, incluindo entre elas o suicídio (WHO, 2019b).

Apesar desses esforços, acredita-se que com o advento da pandemia da COVID-19 as taxas de suicídio tendem a aumentar nos próximos anos. Estudos mostram que, durante a pandemia, houve aumento de fatores como ansiedade, depressão, anormalidades do sono, déficit cognitivo e estresse pós-traumático em pacientes que contraíram a doença. Todos esses fatores, associados ao isolamento social, vulnerabilidade econômica, redução da atividade física e exacerbação no uso de álcool e outras drogas, estão diretamente associados com o aumento da ideação, tentativa e morte por suicídio (FITZPATRICK *et al.*, 2020; SHER, 2020; AMMERMAN *et al.*, 2021).

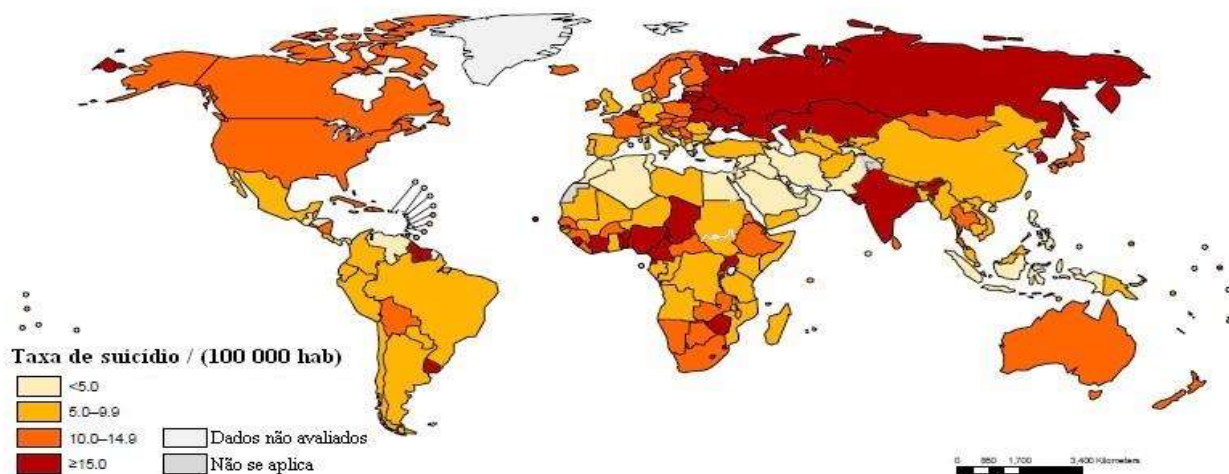
Nesse contexto, por se tratar de um tema complexo e epidemiologicamente em evidência, o presente capítulo tem como objetivo realizar uma revisão atual e holística, a fim de identificar os possíveis fatores de risco e compreender melhor as estratégias de abordagem ao paciente com comportamento suicida. Também objetivou-se atualizar informações acerca da temática abordagem do comportamento suicida, além de disponibilizar material robusto para melhor compreensão da epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, fatores de risco, tratamento e prevenção do autoextermínio.

Epidemiologia

O comportamento suicida é um fenômeno global. Estima-se que, a cada ano no mundo, cerca de 800 mil pessoas tirem a própria vida, ou seja, uma morte a cada 40 segundos. Entretanto, o número de suicídios frequentemente é subestimado, uma vez que existe um viés de registro que varia para cada país. Fatores políticos e sociais, estigma acerca do tema e agências reguladoras de cada localidade fazem com que suicídios possam ser registrados como acidentes ou morte por causa indeterminada. Dessa forma, estima-se que o suicídio é subestimado numa taxa de 20-25% no idoso e 6-12% em outras faixas etárias (WHO, 2000)

A taxa de mortalidade anual global, publicada pela OMS em 2016, foi de 10.5 óbitos/100 mil, fazendo com que o suicídio ocupasse a terceira posição entre as maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 44 anos. Observa-se, na Figura 28.1, que as maiores taxas de mortes por suicídio encontram-se no leste europeu e norte asiático e as mais baixas na América Latina. Europa Ocidental, Estados Unidos e Oceania apresentam taxas intermediárias. Nos países africanos, os dados são inexistentes ou pouco confiáveis, o que prejudica a avaliação das taxas de suicídio nesses locais (WHO, 2019a).

Figura 28.1. Taxas de suicídio padronizadas por idade (por 100.000 habitantes), ambos os sexos no ano de 2016



Fonte: Adaptado de WHO, 2019b.

Um outro dado que chama a atenção é o de uma possível relação entre suicídio e a vulnerabilidade socioeconômica. Segundo a OMS, a maioria das mortes por suicídio (79%) ocorre em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, sendo que mais de 90% dos adolescentes que morreram por suicídio pertenciam a esses países (WHO, 2019a).

Considerando sua vasta extensão territorial e grande população, em números absolutos, o Brasil apresenta uma média de 38 suicídios/dia, ocupando o 9º lugar no ranking mundial de mortes por suicídio. Apesar de possuir taxas relativamente baixas (5.8/100 mil habitantes) quando comparado a outros países, o Brasil segue na contramão da

tendência mundial de queda dessas taxas. Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 2011 e 2015 houve aumento de 12% nas taxas de suicídio no país, com maiores taxas observadas nas regiões sudeste e sul (BRASIL, 2017). Com o advento da pandemia de COVID-19 e todos os fatores de risco ao suicídio associados a ela, espera-se que essas taxas sofram aumento nos próximos anos (WHO, 2019; SHER, 2020).

Em muitos países, incluindo o Brasil, mulheres realizam mais tentativas de suicídio, entretanto homens têm mais êxito em consumir o ato, o que gera uma taxa de

mortalidade por suicídio até três vezes maior no gênero masculino (Tabela 28.1). Uma das hipóteses que tenta explicar essas diferenças seria a utilização de métodos com maior potencial letal, como enforcamento e uso de arma de fogo, pelos homens. Estratégias de restrição do uso de arma de fogo e agrotóxicos/pesticidas são recomendadas como instrumento universal de prevenção ao suicídio. Além disso, a união estável/casamento parece ser também um fator de proteção ao suicídio para ambos os sexos.

Tabela 28.1. Características relacionadas ao comportamento suicida no Brasil entre os anos de 2011 a 2015

Variáveis	Taxa de mortalidade (média por 100.000 habitantes)			Características relacionadas ao suicídio			
	Masculino	Feminino	Geral	Meio utilizado	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
Faixa etária (em anos)							
5-19	2,3	1,1	1,7	Enforcamento	66,1	47,0	61,9
20-29	11	2,5	6,8	Intoxicação exógena	13,9	31,1	17,7
30-39	11,9	3,0	7,4	Arma de fogo	10	4	8,7
40-49	12,4	3,6	7,9	Outros	10	17,9	11,7
50-59	12,5	3,8	8,0	Situação conjugal			
60-69	12,9	3,2	7,7	Solteiro/viúvo	60,3	60,7	60,3
70 ou mais	17,1	3,0	8,9	Casado/estável	31,3	32,1	31,5
Total	9,0	2,7	5,9	Não avaliado	8,4	7,2	8,2

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2017.

MÉTODO

Foi realizada a busca por literaturas nas bases de dados MEDLINE/PubMed, Cochrane, LILACS e SciELO. Utilizou-se o recorte temporal entre os anos de 2011 e 2021 e os descritores “Suicídio”, “Ideação suicida”, “Transtorno de humor” e “Terapêutica”. Foram selecionados os artigos que melhor se encaixavam na busca. Além disso, foram utilizados livros-texto relevantes na área de Saúde Mental e da Psiquiatria e protocolos e

documentos preconizados por entidades de saúde competentes, nacionais e internacionais, como o Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde (OMS).

FATORES DE RISCO

Os principais fatores relacionados ao aumento no risco de suicídio e sua tentativa incluem: presença de transtornos mentais, histórico prévio de tentativa de autoextermínio, aspectos sociodemográficos e

condições clínicas incapacitantes (BRASIL, 2006; SCHREIBER & CULPEPPER, 2020).

Dentre as desordens psiquiátricas, os transtornos de humor são mais comumente associados a um maior comportamento suicida. De fato, estima-se que cerca de 50 a 65% dos suicídios sejam cometidos por pacientes portadores de desordens de humor (ISOMETSÄ, 2014). Consonante com esse cenário, um estudo publicado por Alberdi-Sudupe *et al.* (2011) demonstrou que as desordens afetivas ou do humor, seguidas pelas desordens de personalidade e pela esquizofrenia associam-se a um maior risco de tentativas suicidas. Além disso, a pesquisa apontou as tentativas prévias de autoextermínio como o principal fator preditivo de suicídio. A severidade dos sintomas psiquiátricos também se associa ao desfecho suicida. De acordo com Isometsä (2014), atos suicidas cometidos por pacientes com transtornos de humor estão fortemente associados ao curso da doença, particularmente em episódios de depressão maior e de transtorno do humor misto. Nesse contexto, o alívio e prevenção desses sintomas, com consequente redução no tempo em que os pacientes passam em estados de alto risco, são medidas confiáveis na redução risco geral de atos suicidas.

Características sociodemográficas como gênero, idade, escolaridade, estado civil e econômico, e relação familiar também se associam ao risco de suicídio. Indivíduos do sexo masculino, de faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos, solteiros ou divorciados e de baixa situação econômica representam grupo de maior risco para o suicídio (BRASIL, 2006). Um estudo publicado por Crump *et al.* (2014) apontou que os fatores socioeconômicos apresentam

maior impacto dentre indivíduos do sexo masculino, de forma que a condição econômica precária representa risco aumentado para o suicídio principalmente entre os homens. Outros fatores identificados na pesquisa incluem: sexo masculino, estado civil solteiro ou divorciado, desemprego e baixa escolaridade. Félix *et al.* (2016) relacionam a frágil estrutura familiar, a falta de apoio social e espiritual, a restrição de lazer e eventos estressantes e o uso de drogas psicoativas ao risco aumentando de tentativas de suicídio.

Condições clínicas, tais como ansiedade, sintomas somáticos, tentativas de autoextermínio ou autoinjúria, consumo de álcool e tabagismo também se relacionam ao risco aumentado de suicídio (FANG *et al.*, 2018). Além disso, a insônia é também associada a pensamentos e comportamentos suicidas (SCHREIBER & CULPEPPER, 2020). A existência de comorbidades incapacitantes como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), neoplasias, traumas medulares, asma e acidente vascular encefálico (AVE) representam condições de risco para o autoextermínio (BRASIL, 2006; CRUMP *et al.*, 2014). A identificação de fatores de risco relacionados ao suicídio pode direcionar intervenções precoces e auxiliar no desenvolvimento de estratégias para sua prevenção.

ETIOLOGIA

O comportamento suicida constitui uma condição multifatorial com uma complexa inter-relação entre diversos fatores. Dentre eles destacam-se: aspectos sociológicos, psicológicos e biológicos.

Aspectos sociológicos

No que tange aos aspectos sociológicos, os primeiros a estudarem esse importante fenômeno na sociedade foram os estatísticos, que por volta do século XIX, em uma tentativa de compreender o aumento expressivo dos casos de suicídio à época, estabeleceram em uma relação temporal direta com o passar da história, já que começava a era moderna (WRAY *et al.*, 2011).

A estes pioneiros foi dado o nome de pré-durkheim, uma vez que Émile Durkheim revolucionou a maneira como o suicídio era analisado, partindo de uma análise não somente estatística, mas analítica. Durkheim percebeu que o suicídio possuía diversos fatores de risco, que eram representados por duas variáveis, a integração e a regulação. A integração seria representada pelos laços familiares, a inserção na comunidade, a política regional, a religião, entre outros. A regulação adviria também da sociedade, como uma medida de freios e contrapesos, que frente às quebras de expectativas e frustrações serviriam como um norte ao indivíduo.

A interseção entre integração e regulação formariam quadrantes em que o suicídio poderia ser classificado em: egoísta, altruísta, anômico e fatalista. Os dois primeiros se referem a integração do indivíduo, em que a falta de integração (egoísta) ou o excesso da mesma (altruísta) levariam ao suicídio. Como exemplos dessas situações, tem-se um risco aumentado de suicídio em indivíduos que moram sozinhos em regiões campestres, no caso egoísta e temos o sacrifício em prol de uma causa maior no caso de mártires, em que o sucesso do grupo está acima de tudo. Já o suicídio anômico estaria relacionado à falta do

componente regulatório, em que o indivíduo não se encaixaria nos padrões estabelecidos pela sociedade e o excesso do componente regulatório também resultaria em suicídio, compondo o suicídio fatalista. Como exemplo do suicídio fatalista, existem os indivíduos cujas aspirações impostas pela sociedade são tão inalcançáveis que culminam no autoextermínio devido à ausência de expectativas de futuro (WRAY *et al.*, 2011).

Na era pós-durkheim, foi posto em xeque o sistema de regulação e integração, sendo outras variáveis como a idade, o sexo, a ocupação, dentre outras medidas consideradas mais importantes. Uma das principais críticas à Durkheim é que o mesmo não considerou o papel do suicídio como expressão dado pelo indivíduo à sociedade, bem como o seu significado cultural (WRAY *et al.*, 2011).

Aspectos psicológicos

O pai da psicologia, Sigmund Freud não deu atenção especial ao suicídio, tendo ele próprio atendido somente um caso desse, apesar de ter tratado diversos pacientes com depressão. No que se refere ao suicídio, tal tema passou a ser melhor abordado na psicologia contemporânea, datando de 1950 e tendo o primeiro modelo do comportamento suicida proposto por Shneidman em 1985. O mesmo propunha uma relação entre estresse, dor e perturbação, que, combinados, resultariam em risco de suicídio. Desde então, diversos modelos têm sido propostos, cumprindo ressaltar que em sua maioria, trazem uma abordagem em que o suicídio tem uma relação de predisposição, em que os autores irão cada um trazer diferentes aspectos do indivíduo sempre com luz à predisposição para o ato (O'CONNOR & NOCK, 2014).

O expoente moderno da tentativa de explicar o suicídio na psicologia é, sem dúvidas O'Connor, com seu modelo integrado motivacional volitivo do comportamento suicida. Essa abordagem irá contemplar três fases: a pré-motivacional, motivacional e volitiva, que pode ser entendida como um caminho em que diversos agentes irão atuar cujo desfecho é o suicídio. A fase pré-motivacional compreenderia os fatores biológicos, formação e experiências (RUVIARO *et al.*, 2019). A fase motivacional já compreenderia a parte psicológica do indivíduo, que cursaria na formação da ideação suicida, ou seja, o pensar em suicídio. Por último, há a fase volitiva, em que o indivíduo já apresenta um comportamento suicida (RUVIARO *et al.*, 2019).

Portanto, é notório que existem diversos fatores psicológicos relacionados ao suicídio, e, entre eles, encontram-se a personalidade, a cognição, os fatores sociais e eventos negativos ao longo da vida.

Aspectos biológicos

A participação de componentes biológicos é motivo de debate e controvérsias e sua pesquisa é extremamente dificultosa. Alguns de componentes tem trazido muita luz para a compreensão do suicídio, entre eles, a serotonina, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e o sistema imune (PANDEY, 2013)

Em relação a serotonina, observa-se que pacientes com comportamento suicida, em geral apresentam baixos níveis desse neurotransmissor, além de possuírem alterações nos receptores serotoninérgicos. O cortisol também irá influenciar a produção de serotonina, sendo os pacientes com uma maior resposta à produção de serotonina em virtude

do aumento de cortisol mais associados ao suicídio (PANDEY, 2013)

O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal parece estar altamente relacionado ao suicídio, sendo encontrada uma baixa resposta ao teste com dexametasona em pacientes com depressão maior, significando uma maior redução no sistema de feedback desse eixo nesses pacientes. Em análises *post mortem*, foram encontradas reduções nos receptores de corticotrofina, hormônio responsável pela liberação do hormônio corticotrófico, que permite a liberação de glicocorticoides na adrenal. Sendo assim, há uma redução na liberação de corticoide endógeno, desregulando esse eixo. Essa desregulação é encontrada em diversos pacientes com comportamento suicida (PANDEY, 2013)

O sistema imune também parece estar relacionado, uma vez que os níveis séricos citocinas estão aumentados em pacientes com depressão, havendo também uma relação entre pacientes com asma, em que há uma inflamação crônica, e a ideação suicida (PANDEY, 2013).

TRATAMENTO

O tratamento adequado do paciente com ideação suicida está diretamente relacionado a melhores desfechos. Nesse contexto, a história do paciente é fundamental para o manejo das ideias suicidas, pois além de ter papel terapêutico, possibilita a realização de diagnósticos de transtornos mentais e a estratificação do risco do doente em cometer autoextermínio. Além disso, é importante avaliar se o paciente poderá ser tratado em contexto ambulatorial ou se deverá ser hospitalizado (BRASIL, 2006)

Para a mensuração do risco de autoextermínio, alguns fatores são analisados:

se o paciente possui um plano de ação para execução do ato, se possui acesso aos meios para efetivação, se já existe uma data, se já houveram tentativas anteriores e se possui intenção imediata de concretizar o suicídio. Caso fique constatada a iminência do ato e o doente não apresente um sistema de suporte social eficaz, a internação imediata é preconizada. Por outro lado, pacientes que reafirmam a crença de que têm força suficiente para controlar impulsos suicidas e concordam em buscar ajuda médica se necessário, podem ser candidatos ao tratamento ambulatorial. Em contrapartida, o médico deve estar disponível 24 horas, bem como ter acesso aos contatos telefônicos de casa e do trabalho do paciente para referência de emergência (BRASIL, 2016)

A combinação de agentes farmacológicos associados à psicoterapia parece apresentar melhores resultados em pacientes com ideação suicida. Destarte, utiliza-se drogas que controlam o transtorno mental do paciente, como os antidepressivos, os estabilizadores de humor e os antipsicóticos. Não obstante, é fundamental que o médico possua um bom conhecimento sobre os agentes farmacológicos disponíveis, visto que o uso inadequado desses agentes pode aumentar o risco de autoextermínio. Um caso clássico é a indicação de antidepressivos tricíclicos, como a nortriptilina, a pacientes com transtorno de humor, abordagem que pode favorecer a volição para o suicídio. Em contraste, alguns autores destacam que o lítio é uma estratégia farmacológica valiosa para a prevenção do suicídio em alguns transtornos de humor, como o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB).

O papel dos estabilizadores de humor como agentes neuroprotetores tem sido demonstrado, reforçando essa ideia como um

importante alvo terapêutico na intervenção precoce do curso da doença. Esses agentes interferem positivamente no tratamento, reduzindo o risco de suicídio. Ademais, outra prática que pode ser interessante é o fornecimento de receitas em curtos prazos, evitando o contato do paciente com grandes quantidades de medicação (SADOCK *et al.*, 2017).

Além disso, é fundamental que o doente seja tratado e acompanhado, especialmente naquele com transtorno de humor. Nesse caso, após as quatro primeiras semanas de tratamento, a volição pode ser recuperada e o paciente consumir o autoextermínio (NERY-FERNANDES & MIRANDA-SCIPPA, 2013)

Conquanto a orientação que se concerne à farmacoterapia seja essencial, é interessante que outros aspectos sejam trabalhados, como a higiene do sono, o suporte social e a readequação alimentar. Ademais, é importante avaliar com cuidado o uso dos benzodiazepínicos em pacientes que utilizam drogas depressoras do sistema nervoso central, como o álcool, visto que, dessa maneira, é possível exacerbar os efeitos do agente farmacológico, podendo levar a uma insuficiência respiratória e, até mesmo, à morte (KAWAKAMI *et al.*, 2018)

Como mencionado anteriormente, a psicoterapia parece exercer papel importante na manutenção da saúde mental do doente. Sendo assim, existem algumas formas de terapia psicossocial que podem ser utilizadas, como a terapia cognitiva, a interpessoal e a comportamental. Além disso, para alguns casos, a terapia familiar pode ter grande valor para o paciente (BRASIL, 2006)

Outro aspecto que pode ter grande valor é estabelecer, junto ao paciente, contatos “anti-suicídio” para momentos de crise, além

de o informar sobre o centro de valorização da vida, que realiza um trabalho voluntário de apoio emocional para indivíduos com ideação suicida (BRASIL, 2006).

PREVENÇÃO

Muitos dos pacientes que cometem a tentativa de suicídio, apresentam, no momento, características comuns ao comportamento suicida, como o abuso de substâncias e transtornos de humor (depressão e bipolaridade). Neste aspecto, o tratamento precoce destes possíveis fatores desencadeantes, reduzem o tempo de exposição ao comportamento de alto risco, sendo uma estratégia efetiva para a prevenção do suicídio (BACHMANN, 2018).

Um período muito crítico na prevenção e abordagem do paciente potencialmente suicida, são os 24 meses seguintes à tentativa de autoextermínio, uma vez que, 90% das mortes ocorrem nesse período. Fato esse que representa um intervalo de tempo importante, pois apresenta uma necessidade maior de atenção de todo o sistema de apoio (CARVALHO, 2012).

Manejo do paciente suicida

A partir do momento que o médico suspeitar estar tratando de um paciente suicida, a sua postura é de grande importância. Mostrar-se suficientemente preocupado pode gerar uma grande oportunidade para que o paciente passe a relatar os seus sentimentos, perturbações e pensamentos suicidas. De uma maneira geral, estes pacientes normalmente apresentam uma tríade (desespero, desesperança e desamparo). Os três estados mais comuns são: ambivalência, impulsividade e rigidez (CARVALHO, 2012).

A fim de garantir a prevenção, o profissional deve avaliar os sistemas de suporte disponíveis, ou seja, familiares ou pessoas próximas que possam oferecer suporte ao paciente e solicitar a sua ajuda. Outro método muito útil é o estabelecimento de um contrato (“Contrato não-suicídio”), entre o médico e o paciente. Vários aspectos devem ser discutidos e pessoas próximas frequentemente são incluídas nele. Na maior parte dos casos, o paciente respeita as promessas realizadas ao médico, no entanto, este contrato só é válido em pessoas que não tem o controle de suas ações (SADOCK *et al.*, 2017). A Tabela 28.2 demonstra as atitudes que o médico e a equipe de saúde devem adotar diante de um indivíduo com ideação suicida.

O mecanismo de luto, desencadeado pelo suicídio de uma pessoa próxima, acontece de uma maneira diferente, uma vez que, apresenta uma maior capacidade de desenvolver sentimento de culpa. Por esta vulnerabilidade causada pelo mecanismo anormal de luto, as pessoas próximas ao suicida, são chamadas de sobreviventes de suicídio, e necessitam de um sistema de suporte, como grupos de apoio. Por se tratar de uma morte trágica e envolver diversas questões sociais, a Associação Brasileira de Psiquiatria, estima que, em média, seis pessoas são fortemente afetadas a cada suicídio.

Por isso, a “pósvenção” – cuidado prestado aos sobreviventes enlutados pelo suicídio – é tão importante. Sobre aqueles que mais necessitam de suporte, destaca-se, crianças e pais, que são fortemente atingidos pelo luto. No caso de crianças que perderam um dos pais para o suicídio, o sentimento de abandono vergonhoso normalmente é encontrado, levando a um sentimento de culpa

desta. Já no caso de pais, o sentimento de luto se intensifica, primeiro por perderem um pedaço de si mesmos e segundo pelo

sentimento de fracasso (SADOCK *et al.*, 2017).

Tabela 28.2. Características relacionadas ao comportamento suicida no Brasil entre os anos de 2011 a 2015

Risco de Suicídio	Sintoma	Avaliação	Ação
0	Nenhum	-	-
1	Com problemas sociais	Perguntar sobre pensamentos suicidas	Escutar com empatia
2	Ideias vagas de morte	Perguntar sobre pensamentos suicidas	Escutar com empatia
3	Ideação suicida vaga	Avaliar a intencionalidade (plano e método)	Explorar as possibilidades Identificar apoio
4	Ideias suicidas SEM transtornos psiquiátricos	Avaliar a intencionalidade (plano e método)	Explorar as possibilidades Identificar suporte
5	Ideias suicidas E transtornos psiquiátricos OU fatores estressores graves	Avaliar a intencionalidade (plano e método) Estabelecer um contrato	Encaminhar para um psiquiatra
6	Ideias suicidas E transtornos psiquiátricos OU fatores estressores graves OU agitação E tentativas prévias	Ficar com o paciente (para prevenir o acesso aos meios letais)	Hospitalizar

Fonte: Adaptado de OMS, 2000.

CONCLUSÃO

O comportamento suicida, atualmente, é um conceito de difícil abordagem na população, geralmente devido a estigmas e tabus envolvidos. Entretanto, não deixa de ser um dos principais e mais pertinentes problemas de saúde pública no Brasil.

Dos principais fatores de risco relacionados ao suicídio, pode-se elencar a presença de transtornos de humor, além de histórico prévio da tentativa de autoextermínio e condições sociodemográficas. Nacionalmente, se pode citar como os principais fatores de risco: ser do sexo masculino, idade entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos e estado civil solteiro ou divorciado.

As desordens de humor são as principais contribuintes para o suicídio, no

qual a gravidade dos seus sintomas está diretamente relacionada às tentativas de autoextermínio prévias, relevando a importância no acompanhamento e tratamento destes indivíduos por via de fármacos antidepressivos, estabilizadores de humor, antipsicóticos e também pela psicoterapia.

O maior preditor na prevenção do suicídio é a identificação precoce dos sinais que um paciente possa trazer ao consultório durante a entrevista com seu médico. A abordagem e conduta inicial a um paciente que apresenta sinais preocupantes deve ser rápida, a fim de impedir o ato suicida.

O tratamento do paciente começa com a avaliação do risco de autoextermínio do mesmo, para a verificação de iminência do ato e uma possível internação. Já o tratamento ambulatorial é destinado aos pacientes que concordaram em buscar ajuda médica quando

necessário. As drogas mais utilizadas no manejo desses pacientes são os antidepressivos tricíclicos e o lítio, com suas respectivas indicações. Atrelado a isso, são necessárias abordagens não farmacológicas, que giram em torno da terapia cognitivo comportamental.

Em síntese, no âmbito da prevenção de novos acontecimentos, os pacientes devem ser abordados em um momento considerado crítico, que são os 24 meses seguintes ao ato, pela alta mortalidade associada nesse período. Ademais, é importante que se avaliem os sistemas de suporte familiar e comunitário e o estabelecimento do contrato não-suicídio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERDI-SUDUPE, J. *et al.* Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC psychiatry*, v. 11, p. 1, 2011.

AMMERMAN, B.A. *et al.* Preliminary investigation of the association between COVID-19 and suicidal thoughts and behaviors in the US. *Journal of psychiatric research*, v. 134, p. 32, 2021.

BACHMANN, S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International journal of environmental research and public health*, v. 15, p. 1425, 2018.

BRASIL. Estratégia Nacional de prevenção do Suicídio. Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, 2006.

BRASIL. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Bol Epidemiol*, v. 48, n. 30, 2017.

BRASIL. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Ministério da Saúde (ed.). Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. Rio de Janeiro, 2016.

CARVALHO, S. Depressão e suicídio: aspectos psicológicos. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Bahia, 2012. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Apostila_de_Psicologia_CIA_VE.pdf. Acesso em: 13 abr. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL (CRPDF). Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação / Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF --. Brasília: CRP, 2020. 48p.

CRUMP, Casey *et al.* Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological medicine*, v. 44, p. 279, 2014.

FANG, X. *et al.* Prevalence, risk factors and clinical characteristics of suicidal ideation in Chinese patients with depression. *Journal of affective disorders*, v. 235, p. 135, 2018.

FÉLIX, T.A. *et al.* Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. *Revista Contexto & Saúde*, v. 16, p. 173, 2016.

FITZPATRICK, K.M. *et al.* How bad is it? Suicidality in the middle of the COVID-19 pandemic. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 50, p. 1241, 2020.

ISOMETSÄ, E. Suicidal behaviour in mood disorders—who, when, and why?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, v. 59, p. 120, 2014.

KAWAKAMI, D. *et al.* (org.). Manejo em Situações Psiquiátricas Especiais: emergências em psiquiatria. In: MORENO, Ricardo Alberto. *Condutas em Psiquiatria: consulta rápida*. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2018. Cap. 11. p. 331-350.

NERY-FERNANDES, F. & MIRANDA-SCIPPA, Â. Suicidal behavior in bipolar affective disorder and socio-demographic, clinical and neuroanatomical characteristics associated. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 40, p. 220, 2013.

O'CONNOR, R.C. & NOCK, M.K. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, v. 1, p. 73, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ed.). Suicide. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 10 abr. 2021.

PANDEY, G.N. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disorders*, v. 15, p. 524, 2013.

RUVIARO, N. *et al.* Etiologia e manejo do comportamento suicida: a perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, v. 20, p. 377, 2019.

SADOCK, B.J. *et al.* A. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. [s. l.]: Artmed, 2017.

SCHREIBER, J. & CULPEPPER, L. A. Suicidal ideation and behavior in adults. Waltham, MA, USA: UpToDate Inc, 2020.

SHER, L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, v. 113, p. 707, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da mídia. 2000. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 13 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide in the world: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/19.3). 2019a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Thirteenth general programme of work, 2019–2023: promote health, keep the world safe, serve the vulnerable. World Health Organization, 2019b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, The Global Health Observatory. Age-Standardized suicide rates (per 100 000 population). 2021. Disponível em: <[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-(per-100-000-population))>. Acesso em: 13 abr. 2021

WRAY, M. *et al.* The Sociology of Suicide. Annual Review of Sociology, v. 37, p. 505, 2011.

CAPÍTULO 29

MÚSICA COMO TRATAMENTO AUXILIAR NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE

Palavras-chave: Musicoterapia; Ansiedade; Tratamento

GUSTAVO HENRIQUE SILVA SIDRIM¹
MELISSA OLIVEIRA FREITAS¹
TIAGO KER E LIMA¹
ISA BEATRIZ ALVES SILVA¹
GABRIELA RIGUEIRA ANGELO DE LIMA¹
KATHIANY SCARLATY RODRIGUES SILVA¹
FREDERICO BERNARDO SAPORI MOREIRA¹
CAROLINA OLIVEIRA LUCAS¹
JOÃO VICTOR CANÇADO LALA²
ROBERTA CÍNTIA SOUSA COELHO¹
LUIZA ROCHA PINTO COELHO¹
THIAGO DE MORAES VILELA²

1. Discente do curso de Medicina da FAMINAS BH/ Minas Gerais.

2. Discente do curso de Medicina da Universidade de Itaúna.



INTRODUÇÃO

A ansiedade, apesar de ser uma reação natural ao estresse, em excesso se caracteriza como um distúrbio que pode estar presente em momentos específicos, ou até mesmo durante a maior parte do tempo do dia do paciente, perdurando de meses há anos, definindo assim o transtorno de ansiedade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008). Os sintomas variam entre somáticos e comportamentais, sendo que o paciente pode apresentar tensão motora, tremores, cefaleia, sintomas de hiperatividade autonômica, sintomas de hiper vigilância, e, também, apresenta o humor ansioso, caracterizado por pensamentos preocupados excessivamente a respeito de possíveis situações negativas (RAMOS, 2007).

Uma pesquisa organizada pelo Ministério da saúde no início da pandemia por Sars-CoV-2, em maio de 2020, apontou, em sua primeira fase, que ansiedade é o transtorno mais presente entre os brasileiros. O estudo contou com a participação de 17491 pessoas, entre 18 a 92 anos, em sua maioria mulheres, e foi verificado na primeira etapa que 86,5% apresentavam elevada proporção de ansiedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Dessa forma, é demonstrado que a incidência de ansiedade, que já era elevada, continua aumentando por conta da pandemia. Logo, cada vez mais é necessário a presença do profissional de saúde para auxílio e manejo dessa condição. Além desse auxílio profissional e, também, do auxílio medicamentoso, são discutidas na literatura outras formas de complemento ao tratamento, como: mudanças no estilo de vida, técnicas no controle da respiração, técnicas de relaxamento muscular (RAMOS, 2007). Paralelo a isso, também é descrito que a

música é capaz de auxiliar no controle e relaxamento muscular, além de causar mudanças de batimentos cardíacos, frequência respiratória, pressão sanguínea e secreção hormonal (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Logo, o objetivo deste estudo é avaliar a viabilidade da música como complemento no tratamento do transtorno de ansiedade, além de abordar os tipos de transtorno de ansiedade e demonstrar as opções de tratamento medicamentoso.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada por meio de pesquisas na base de dados Biblioteca virtual de saúde (BVS). Com auxílio dos DECS foram utilizados os descritores “ansiedade” e “música”. Desta busca, foram encontrados 485 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: texto completo, vinculados à base de dados LILACS, com assunto principal ansiedade, publicados nos últimos cinco anos. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados e aqueles que eram pagos.

Após os critérios de seleção restaram sete artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Após a leitura, um artigo foi excluído por não abordar sobre a musicoterapia. Também foram utilizados um livro base para auxílio, dois diretrizes e dados epidemiológicos ofertados pelo ministério da saúde. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: (1) tratamento do distúrbio de ansiedade e (2) influência da música no tratamento de ansiedade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tratamento do distúrbio de ansiedade

Inicialmente é necessário distinguir as queixas de ansiedade do distúrbio ansioso propriamente dito, uma vez que ansiedade é um sentimento natural, e seu excesso que caracteriza a patologia. Além disso, existem tipos de transtorno de ansiedade, que são: transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, síndrome do pânico, fobia específica, hipocondria, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008). Logo, para definir uma conduta, é preciso antes analisar os critérios para realizar o diagnóstico correto.

Pelo primeiro contato do paciente ansioso, na maioria dos casos, ser com a atenção básica, há possibilidade de o profissional da saúde iniciar a conduta antes da análise do especialista. Segundo as diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral, traduzida e divulgada pela sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, a conduta estaria melhor dividida em três passos de complexidade (HASSINK-FRANKE *et al.*, 2012).

Ao diagnosticar apenas queixas de ansiedade, é necessário em primeiro passo informar e se é necessário iniciar com tratamento de resolução de problemas. Quando diagnosticado transtorno de ansiedade generalizada, fobia social ou síndrome do pânico, o primeiro passo seria a informação, o segundo passo terapia cognitivo-comportamental de autoajuda e o terceiro passo a terapia cognitivo-comportamental por psicoterapeuta ou a utilização de antidepressivos. Na fobia

específica ou hipocondria, o primeiro passo também é a informação, o segundo passo terapia cognitivo-comportamental de autoajuda e o terceiro passo terapia cognitivo-comportamental por psicoterapeuta. Em casos de transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno obsessivo-compulsivo, é necessário informar e encaminhar ao especialista (HASSINK-FRANKE *et al.*, 2012).

De acordo com o projeto diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria, ao optar pela terapia medicamentosa, o profissional apresenta as seguintes opções descritas na Tabela 29.1.

Porém o melhor tratamento não se limita ao medicamentoso. Há indicações para mudanças no estilo de vida, técnicas no controle da respiração, técnicas de relaxamento muscular e terapia cognitivo-comportamental que auxiliam no tratamento (RAMOS, 2007). Estudos atuais confirmam importante influência da música no processo de relaxamento.

Influência da música no tratamento de ansiedade

Estudos demonstram que a música é capaz de atuar na redução da ansiedade, após uma análise de revisão bibliográfica chegou-se à conclusão que o gosto musical não interfere nos resultados da terapia. A mesma terapia levou à melhora significativa deste transtorno em pacientes oncológicos que foram expostos de 30 a 60 minutos de música em diferentes momentos de tratamento, sendo que pacientes com níveis mais elevados de ansiedade responderam melhor (NERES *et al.*, 2020).

Tabela 29.1. Opções medicamentosas para os transtornos de ansiedade

TRANSTORNO	1ª LINHA		2ª LINHA	3ª LINHA
Transtorno de pânico	ISRS	Sertralina 50 mg	Tricíclicos	BZD
		Paroxetina 20 mg		
	ISRSN	Venlafaxina 75 a 150 mg	Imipramina 150 a 200 mg	Clonazepam 2 a 4 mg
Transtorno de ansiedade social	ISRS	Paroxetina 40 a 60 mg	BZD	Moclobemida 750 a 900 mg
	ISRSN	Venlafaxina 75 a 225 mg		
Transtorno obsessivo compulsivo	ISRS	Sertralina 200 mg	Combinações IRS + antipsicótico	
		Paroxetina 60 mg		
		Fluvoxamina 300 mg		
		Fluoxetina 60 mg		
		Clomipramina 300 mg		
Transtorno de ansiedade generalizada	ISRSN	Venlafaxina 75 a 150 mg	ISRS	BZD prazos curtos
	ISRS	Sertralina 50 a 200 mg		

Legenda: (ISRS) Inibidor seletivo da recaptação da serotonina; (ISRSN) Inibidor seletivo da recaptação da serotonina e da noradrenalina; (BZD) Benzodiazepínico. **Fonte:** ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008

Musicoterapia é considerada leve, de baixo custo e pode auxiliar no tratamento principalmente de pacientes hospitalizados, por trazer sensação de conforto de algo familiar em meio ao ambiente hospitalar, a partir de memórias positivas despertadas, sendo capaz, portanto, de melhorar o humor ansioso não só em pacientes, como também em seus acompanhantes (NERES *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2018). Um estudo foi realizado com 62 acompanhantes de pacientes pediátricos, os quais foram separados em dois grupos: 30 no grupo, experimental que foi submetido a 15 minutos de música escolhidas pela banca, com preferência por instrumentos de corda, e 32 no grupo controle que, enquanto aguardavam a cirurgia, eram ofertados os cuidados habituais da equipe. Os

participantes foram submetidos a questionários e aferição dos índices vitais antes e após o procedimento. Nesse estudo, foi demonstrado que a porcentagem de participantes que apresentavam nível baixo de ansiedade subiu de 10% para 30%; porém, não houveram diferenças significativas nos índices vitais, fator esse que pode estar correlacionado com o tempo de exposição à música (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Em contrapartida, em um estudo realizado com 60 pacientes de hemodiálise foi constatado redução dos níveis pressóricos, frequência cardíaca e frequência respiratória, sendo utilizada música clássica durante um período de 30 minutos (MELO *et al.*, 2018).

Não foram encontrados artigos que correlacionassem o uso da música com os

subtipos dos transtornos de ansiedade, bem como um tratamento a longo prazo. Um estudo submeteu ratos a uma maior exposição à música do que as demais pesquisas, foram cinco horas diárias durante 15 dias expondo o grupo experimental à Serenata nº 10 em Si bemol maior para sopros e baixo, “Gran partita” K.361/370a, movimento Largo, e demonstrou leve efeito ansiolítico (CAMARGO *et al.*, 2017). Assim como o efeito causado pela música “Primavera”, de Vivaldi, em um experimento com pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço que foram submetidos a 30 minutos de música antes de um procedimento. Foi relatado que 95% apresentaram redução da pressão arterial sistólica, 55% apresentaram redução da pressão arterial diastólica, 100% apresentaram redução da frequência cardíaca e 85% redução observada da frequência respiratória (FIRMEZA *et al.*, 2017).

É necessário destacar que já é descrito que as músicas de Mozart são capazes de estimular produção de dopamina por conta de sua frequência, além de atuar também em regiões subcorticais em humanos, incluindo o nucleus accumbens, a área tegmental-ventral e o hipotálamo, tendo ação em centros de prazer, recompensa e centros regulatórios, capacidade relaxante essa descrita nas

músicas que apresentam 60 a 80 batimentos por minuto (CAMARGO *et al.*, 2017; FIRMEZA *et al.*, 2017).

Os efeitos citados não aparecem só em pacientes adultos, mas também em pediátricos. Um estudo realizado com 52 crianças, das quais 26 foram expostas a quinze minutos de música, também de 60 a 80 batimentos por minuto, antes de um procedimento cirúrgico, demonstrou a redução significativa da frequência respiratória, além da melhora da vocalização e expressão emocional (FRANZOI *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

Fica evidente, portanto, que a música é capaz de diminuir os sintomas da ansiedade, sendo que o gosto musical não interfere no tratamento, apesar de que as músicas consideradas com melhor efeito são aquelas que contam com 60 a 80 batimentos por minuto. Porém, ainda são necessários mais estudos para detalhar o efeito da música em cada tipo de transtorno ansioso, além de descrever um tratamento a longo prazo. É importante destacar, também, a importância do profissional de musicoterapia para o emprego da terapia de forma correta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. 24 de janeiro de 2008. Disponível em:

https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/transtornos-de-ansiedade-diagnostico-e-tratamento.pdf.

Acesso em: 11 abr. 2021.

CAMARGO, A.N. *et al.* Cocoa and classical music: effect on anxiety and antioxidant activity in Wistar rats. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. v. 67, p. 106, 2017.

FIRMEZA, M.A. *et al.* Control of anxiety through music in a head and neck outpatient clinic: a randomized clinical trial. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 51, e03201, 2017.

FRANZOI, M.A.H. *et al.* Music listening for anxiety relief in children in the preoperative period: a randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, e2841, 2016.

HASSINK-FRANKE, L. *et al.* Ansiedade Resumo de diretriz NHG M62. 2012. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/NHG%2023%20Ansiedade\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/NHG%2023%20Ansiedade(1).pdf). Acesso em 11 abr. 2021.

MELO, G.A.A. *et al.* Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, e2978, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde divulga resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental na pandemia. 29 de setembro de 2020. Disponível em:

<https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47527-ministerio-da-saude-divulga-resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude-mental-na-pandemia>. Acesso em: 11 abr. 2021.

NERES, C.B. *et al.* Efetividade da Musicoterapia na Redução da Ansiedade de Pacientes Oncológicos: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 65, e-08592, 2020.

OLIVEIRA, C.M. *et al.* Audição musical para alívio da ansiedade do acompanhante pediátrico. *Revista baiana de enfermagem*, v. 32, e28159, 2018.

RAMOS, R.T. Transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno da adaptação. In: NETO, M.R.L. & ELKIS, H. [editor]. *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre: Artmed, 2007. 2 ed. p. 338-345.

CAPÍTULO 30

SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM TEMPOS DE COVID-19: A VISÃO DA PEDIATRIA E ORIENTAÇÕES

Palavras-chave: Saúde Mental; Pediatria; Infecção por Coronavírus

DANIELLA DE LOURDES BAGGIO REHFELD RIBEIRO¹
EMANUELA CARVALHO RODRIGUES¹
JÚLIA VELOSO BOAVENTURA¹
LUÍSA BAMBIRRA PEREIRA¹
LUÍSA MACHADO CAMPOLINA SADER¹
MARIANNE NETO RODRIGUES¹
SOFIA GONÇALVES FERREIRA¹
ISABELA RESENDE SILVA SCHERRER²

1. Discente do curso Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH).

2. Orientadora, docente – Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH).



INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença infecciosa ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2, que teve como epicentro, no ano de 2019, a província de Wuhan, na China. Entre os sintomas mais comuns pode-se citar febre, cefaleia, tosse seca, coriza e anosmia (OMS/OPAS, 2020). Já na faixa etária pediátrica, estudos iniciais apontavam menor impacto fisiológico da doença. Contudo, hoje, existem alguns estudos e relatos de casos sobre novos acometimentos em crianças, como a Síndrome Inflamatória Sistêmica da Criança associada ao novo coronavírus - SIM-C (JIANG *et al.*, 2020).

Desde março de 2020, quando declarada pandemia mundial do vírus SARS-CoV-2, crianças e adolescentes permanecem confinadas dentro de seus domicílios, com convívio social reduzido e mudanças drásticas em suas rotinas e em suas atividades escolares. Diante do atual cenário pandêmico, transtornos psicológicos, como ansiedade, transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) e depressão, podem se manifestar e/ou intensificar devido ao rompimento da rotina e das relações sociais e como também o pânico criado pela rápida e alta propagação de notícias sobre o novo vírus (SBP, 2020).

Portanto, o objetivo deste estudo foi buscar na literatura recomendações envolvendo o confinamento de crianças e adolescentes e manutenção da saúde mental nesses indivíduos em tempos de pandemia por COVID-19. Além disso, foi discutido aspectos psicológicos e psiquiátricos gerados pelo isolamento social.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa, realizada no período de março de 2021 a abril de 2021. As bases de dados utilizadas foram: SciELO, PubMed e sites de entidades médicas. Foram utilizados os descritores: “saúde mental”, “criança”, “pandemia”, “adolescente”, “COVID-19”, “coronavírus” e “pediatria”.

Desta busca foram encontrados 30 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão para esse estudo foram: artigos em português e inglês, publicados até 2021, que tinham foco na saúde mental e nos aspectos e efeitos psíquicos do isolamento social sobre a criança, e artigos de recomendação publicados em 2020. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, que focam nos efeitos fisiológicos e sistêmicos do SARS-CoV-2, e que não se enquadram nos critérios de inclusão.

Após aplicação dos critérios de seleção, dos 30 artigos encontrados restaram 16, os quais foram submetidos a leitura minuciosa para coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ser humano, ser essencialmente social, necessita da interação com outros da mesma espécie para criação de hábitos, habilidades e cultura na infância. Com o surgimento no Brasil do SARS-CoV-2, em 2020, veio a suspensão das aulas presenciais, limitação de atividades ao ambiente domiciliar e os desdobramentos diretos ou indiretos da pandemia na vida das crianças e de seus responsáveis. Desta forma, as atuais circunstâncias geram grandes impactos em termos de saúde mental, sendo necessário que

pais e pediatras sigam as recomendações apontadas por estudiosos para manter o desenvolvimento do infantil adequado nesse período.

Dentre os estudos escolhidos, priorizamos aqueles que tinham foco na saúde mental e nos aspectos e efeitos psíquicos do isolamento social sobre a criança, e descrevemos os resultados de alguns dele na Tabela 30.1.

Tabela 30.1. Relação entre alguns dos estudos e seus resultados

AUTORES	RESULTADO
XIE <i>et al.</i> , 2020.	Adolescentes restritos ao isolamento social têm maiores chances de desenvolvimento de transtorno depressivo.
GOLBERSTEIN <i>et al.</i> , 2020.	O isolamento social, o colapso de sistemas políticos de saúde e a pandemia mundial causam estresse em crianças e adolescentes.
SBP 2020b.	A adaptação à nova realidade de confinamento social trouxe grandes desafios para a relação entre pais e filhos.
SBP, 2020d.	Recomendações a pais e pediatras em relação ao tempo de confinamento e isolamento de crianças e adolescentes.
WANG <i>et al.</i> , 2020.	Confinamento social, medo de infecção e redução de contato social entre crianças e adolescentes podem causar efeitos a longo prazo nesse grupo populacional.
SBP, 2020c.	Houve piora significativa no sono da criança e do adolescente, com relatos de insônia, crises de ansiedade durante a noite, dentre outros sintomas.

Um alerta emitido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) apontou para a relação entre adversidades e elevação dos hormônios relacionados ao estresse, como cortisol e adrenalina. “Pode acarretar várias consequências a curto prazo, como transtornos do sono, irritabilidade, piora da imunidade, medos, e a médio e longo prazo, como maior prevalência de atrasos no desenvolvimento, de transtorno de ansiedade, de depressão” (SPB, 2020).

Um estudo publicado no diário *Disaster Med Public Health*, comparou os sintomas de estresse pós-traumático em pais e filhos em quarentena com aqueles que não foram colocados em isolamento. Os escores médios de estresse pós-traumático foram quatro vezes maiores em crianças que foram colocadas em reclusão social do que naquelas que não foram colocadas nas mesmas circunstâncias (SPRANG & SILMAN, 2013).

A mudança brusca na rotina mundial, decorrente do isolamento social, levou vários pediatras, psicólogos e especialistas na saúde mental de jovens, a realizarem estudos durante a pandemia para discutir a nova realidade e como enfrentá-la. As recomendações da SBP sugerem a divisão do tempo em atividades escolares, de lazer e de convívio com outros familiares e amigos à distância, conforme o Quadro 30.1.

Um outro desdobramento frequente da pandemia é o tempo excessivo de tela, na utilização de aparelhos como celulares, computadores e tablets. Segundo as recomendações explicitadas na Tabela 30.2, o uso desses equipamentos deve ser limitado.

Quadro 30.1. Recomendações para pais e pediatras em relação ao isolamento social e confinamento de crianças e adolescentes

RECOMENDAÇÕES GERAIS AOS PACIENTES, FAMÍLIAS E PEDIATRAS DURANTE A PANDEMIA MUNDIAL DE SARS-CoV-2 QUANTO A SAÚDE MENTAL INFANTIL

1. Estabelecer que o isolamento social não é permanente e não deve ser visto como “uma prisão”, mas sim como uma medida de segurança necessária no momento.
2. Criar uma rotina, com horários a serem seguidos para acordar, dormir, realizar refeições, lazer, atividades de casa, de estudo, dentre outros.
3. Manter o contato frequente com as pessoas com quem a criança estava acostumada e tem afeição através de plataformas virtuais.
4. Caso a escola disponibilize atividades ou aulas no método online, mostrar para a criança ou adolescente que elas são tão importantes quanto aquelas realizadas presencialmente, e devem receber a devida atenção e foco.
5. O tempo de lazer da criança ou adolescente não deve ser restrito à equipamentos eletrônicos, deve-se acrescentar atividade física, atividades lúdicas, leitura, dentre outros.
6. Tarefas domésticas devem ser compartilhadas entre toda a família, incluindo a criança ou adolescente, para que haja maior colaboração entre a família e para que este desenvolva um senso de cuidado e obrigação.
7. Atividades ao ar livre não devem ser excluídas da rotina. Protocolos de segurança e higienização devem ser seguidos neste momento, e as atividades devem ser restritas aos membros da família que moram juntos, não é permitido à extensão à outros.
8. O contato físico e afetivo é um mecanismo importante para a manutenção da saúde mental. Este deve ser mantido quando não há risco de contágio, seguindo todos os protocolos de higienização e segurança.
9. Atividades culturais são importantes neste momento em que a cultura não pode ser passada pelo contato social. Buscar museus virtuais, filmes, obras literárias, teatrais, dentre outros, é muito importante para o aprendizado da criança e/ou adolescente no momento.
10. É importante estimular a criatividade individual neste momento, através de pintura, escrita, música e outros meios.
11. Deve-se incluir os protocolos de segurança e higienização na rotina da família através de métodos lúdicos e recreativos, para que estes não sejam encarados de forma onerosa.
12. A ajuda profissional deve sempre ser buscada quando necessário: consultas remotas com psicólogos, médicos, nutricionistas ou outros profissionais que se vejam necessários devem ser mantidas e encorajadas. Estes profissionais têm papel fundamental na promoção de saúde, instrução e escuta de seus pacientes.
13. Devem existir momentos de independência entre a família, em que pais e filhos possam realizar suas atividades separadamente.
14. A alimentação saudável é essencial neste momento e pode ser um momento de aprendizado para a criança ou adolescente. Colocá-los para auxiliar no preparo de refeições pode ensinar a eles o valor da alimentação.
15. Os meios virtuais de comunicação dos adolescentes e crianças devem ser monitorados pelos pais, uma vez que estes trazem grande perigo junto da acessibilidade.
16. O acesso de crianças e adolescentes à notícias relativas à pandemia deve ser fiscalizado e restrito pelos pais, em prol de evitar pânico e ansiedade.

Fonte: Adaptado de SBP, 2020b.

Sobre a exposição a notícias relacionadas a COVID-19, é essencial que cuidadores evitem tons alarmantes e de caos, passando apenas informações necessárias, com termos claros, objetivos e positivos,

respeitando a capacidade de entendimento de cada faixa etária. Outro recurso elucidativo que pode ser aplicado às crianças, respeitando o nível de compreensão da sua idade, é o uso de e-books, vídeos explicativos, cartilhas,

desenhos animados, dentre outros mecanismos midiáticos e lúdicos, para uma melhor instrução.

Tabela 30.2. Recomendação do tempo de tela adequado conforme a idade

Idade	Tempo de tela
Crianças menores que 2 anos	Não deve ser usado
Crianças entre 2 e 5 anos	Até 1 hora por dia
Crianças entre 6 e 10 anos	Até 2 horas por dia
Adolescentes entre 11 e 18 anos	Até 3 horas por dia, nunca virar a noite
Todas as faixas etárias	Nada de tela durante as refeições e desconectar 1 a 2 horas antes de dormir

Fonte: Adaptado de SBP, 2020e.

As recomendações acima são apenas algumas daquelas que o profissional deve passar para as famílias e os pacientes, e que podem ser individualizadas de acordo com a realidade de cada um. Famílias com acesso a melhores condições de vida, informação e nível socioeconômico mais elevado podem ter maior facilidade em segui-las. Entretanto, devemos nos ater a realidade do Brasil, em que muitas pessoas vivem em grandes aglomerados, áreas remotas, casas sem planejamento e sem condições básicas de subsistência, como água, luz, comida, dentre outros. Essas, terão maior dificuldade em

enfrentar a pandemia devido à reclusão, uma vez que dependem da comunidade para sua sobrevivência e de seus empregos presenciais para custear suas necessidades.

Cabem aos profissionais de saúde e ao SUS a disseminação da informação adequada, a educação em saúde, a manutenção de sua assistência e atividades adaptadas para formas remotas ou seguras em relação ao contato social. Além disso, profissionais de saúde têm papel importante na notificação de famílias e crianças que necessitem de assistência governamental para sua sobrevivência nesse período.

CONCLUSÃO

Na atual conjuntura, uma situação nunca antes vivenciada, apesar de seus desafios e dilemas, há a oportunidade de fortalecimento de relações e desenvolvimento pessoal, entre crianças e seus familiares. Diante disso, esse estudo indica para pediatras e comunidade médica em geral, orientações que devem ser reforçadas em atendimentos à faixa etária destaca acima, para melhor direcionar cuidadores, e consequentemente, promover o bem estar psicossocial infanto-juvenil. Por conseguinte, é essencial a realização de novos estudos para melhor orientar os cuidadores, já que a pandemia persiste e o cenário pandêmico tem apresentado constantes mudanças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GOLBERSTEIN, E. *et al.* Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for Children and Adolescents. *JAMA Pediatric*, v. 174, p. 819, 2020.

JIANG, L. *et al.* COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents. *Lancet Infectious Diseases*, v. 20, e27, 2020.

OMS/OPAS - Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – COVID-19. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em 30 ago. 2020.

SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Saúde Escolar. O ano letivo de 2020 e a COVID-19. 2020a. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22514c-NA_-O_Ano_Letivo_de_2020_e_a_COVID-19.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020

SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Pais e filhos em confinamento durante a pandemia de COVID-19. 2020b. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22420c-NAleria_Pais_e_Filhos_em_confinamento_COVID-19.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020

SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Pneumologia. Coronavírus: o sono da criança em época de confinamento. 2020c. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/coronav>

[irus-o-sono-da-crianca-em-epoca-de -confinamento](#). Acesso em: 30 ago. 2020

SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Grupo de Trabalho de Saúde Mental. Promoção de Saúde Mental em Tempos de COVID-19: apoio aos Pediatras. 2020d. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22485c-NA_-Prom_SaudeMentalTempos_COVID19_Apoio_Pediatras.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020

SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital. Recomendações sobre o uso saudável das telas digitais em tempos de pandemia da COVID-19 #BOAS TELAS #MAIS SAÚDE. 2020e. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22521b-NA_Recom_UsoSaudavel_TelasDi git_COVID19_BoasTelas_MaisSaude.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020

SPRANG, G. & SILMAN, M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, v. 7, p. 105, 2013.

WANG, G. *et al.* Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*, v. 395, p. 945, 2020.

XIE, X. *et al.* Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatric*, v. 174, p. 898, 2020.

CAPÍTULO 31

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NA PEDIATRIA

*Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade;
Diagnóstico; Infância*

BRENO DINIZ OLIVEIRA¹
JÚLIA COSTA DE OLIVEIRA¹
PATRICIA GUERRA MOURA¹
RAYSSA CAROLLINE RAMALHO¹

1. Discente do curso de Medicina da Faculdade de Minas Gerais – Belo Horizonte.



INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma patologia que leva a um distúrbio comportamental, sendo muito frequente na infância. Esse quadro é caracterizado por desatenção, fraco controle do impulso e agitação e hiperatividade motora. Ademais, crianças em idade escolar costumam ser mais afetadas, mostrando ter um baixo rendimento escolar, dificuldades em manter relações interpessoais com familiares e amigos e problemas com baixa autoestima. Outros quadros de distúrbios comportamentais, emocionais e de aprendizado podem manifestar juntamente com o TDAH.

Por fim, é de extrema importância o diagnóstico para a realização de um tratamento adequado, uma vez que, quando não identificado, interfere no futuro das crianças, podendo estas, futuramente, terem problemas significativos como subdesemprego ou desemprego, abuso de drogas, dificuldades de manutenção de relacionamentos e problemas com a legislação.

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sobre como o TDAH é tratado na pediatria e evidenciar a importância em realizar o diagnóstico precoce e o tratamento individualizado, orientando não apenas o paciente, mas também os familiares, os cuidadores e as escolas. Ademais, mostra-se importante a conscientização das instituições escolares para melhor adaptação de acolhimento de crianças com esse distúrbio psiquiátrico.

MÉTODO

Visando ter maior coleta de informações objetivas e confiáveis, foi feita

uma exclusão de forma quantitativa e selecionada sete publicações, variando entre artigos acadêmicos e livros didáticos e manuais governamentais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia

O TDAH é considerado, juntamente com a dislexia, o principal gerador de fracasso escolar e ocorre em aproximadamente 7% das crianças no Brasil (COUTO *et al.*, 2010).

A presença do transtorno em crianças escolares do sexo masculino é de duas a nove vezes mais prevalente do que em escolares do sexo feminino. A diferença de prevalência entre os gêneros se deve à prevalência dos sintomas, visto que meninas tendem a apresentarem os sintomas com predomínio de desatenção e, em contrapartida, os meninos apresentam predomínio de hiperatividade levando, assim, a um maior incômodo para o ambiente de convivência e gerando maior necessidade de encaminhamentos dos casos (ROHDE & HALPERN, 2004).

Etiologia

A etiologia do TDAH é multifatorial devido ao fato de que a presença dos sintomas é representada pela associação de fatores genéticos, neurobiológicos, neuroquímicos, sociais, culturais e ambientais que contribuem para uma via final do desenvolvimento e funcionamento cerebral. O fator genético tem extrema importância tendo em vista que muitos estudos realizados demonstraram uma recorrência familiar significativa para esse transtorno. Dessa forma, o surgimento e a evolução do transtorno dependem da ação de diversos genes e suas respectivas interações

com o ambiente (CASTRO & DE LIMA, 2018).

Análises dimensionais mostraram, entre muitas outras, uma associação com o genótipo A2A2 do polimorfismo-141C ins/del em que há alteração na região promotora do gene DRD2 gerando relação com sintomas de desatenção.

Assim, atualmente considera-se que a base do TDAH é de natureza neurobiológica, genética e neuroquímica, mas que a expressão dos padrões herdados é também direcionada pelo ambiente levando à grande variação de apresentação clínica e a diferentes influências de ambientes diversos capazes de impulsionarem a variabilidade dos sintomas e a natureza multidimensional do TDAH (MAMUSZKAT *et al.*, 2017).

Diagnóstico

O diagnóstico precoce de TDAH na infância ainda é um desafio, assim como o tratamento, devido à possível concomitância de outros diagnósticos psiquiátricos e a existência de uma gama de diagnósticos diferenciais.

As crianças costumam ser identificadas, geralmente na escola ou em casa, por apresentarem, em sua maioria, três características clássicas: desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade em níveis diferentes do que é esperado para a idade cronológica do indivíduo (SOUZA *et al.*, 2007). Tais características costumam ser percebidas pelos pais inicialmente como uma movimentação excessiva no início da deambulação, o que é difícil diferenciar do comportamento adequado para a idade (KAPLAN & SADOCK, 2017). Os indivíduos devem ser bem observados em pelo menos dois ambientes provedores de

estímulos distintos em que se espera um determinado padrão de resposta.

O diagnóstico é clínico e não exige avaliação complementar, porém tal análise é importante para a exclusão de possíveis diagnósticos diferenciais e pode ser feita através da investigação de patologias neurológicas, de distúrbios auditivos e visuais e de testes neuropsicológicos. Deve-se ressaltar que a ausência de sintomas no consultório médico não exclui o diagnóstico (ROHDE & HALPERN, 2004).

Com o intuito de padronizar e facilitar o diagnóstico, foram desenvolvidas ferramentas como o questionário SNAP-IV, que pode ser respondido pelos responsáveis e/ou professores e, a classificação do DSM-V (MATTOS *et al.*, 2006). Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, é necessária a presença de pelo menos seis sintomas de desatenção e/ou hiperatividade em um período de seis meses, com surgimento até os 12 anos de idade, que causem prejuízo no funcionamento ou no desenvolvimento do indivíduo; a partir dos 17 anos de idade, cinco critérios são suficientes. O transtorno deve ser especificado quanto à gravidade atual, ocorrência de remissão e, além disso, quanto ao predomínio da característica desatenta e/ou hiperativa-impulsiva. São apresentados, na Tabela 31.1, os critérios diagnósticos do DSM-V (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5.).

Algumas condições podem se apresentar com quadro semelhante ao do TDAH por expressarem aspectos em comum com o mesmo e devem ser consideradas durante a investigação, que precisa ser criteriosa. Possíveis diagnósticos diferenciais são: transtorno desafiador e de oposição

(TDO), transtorno explosivo intermitente, transtornos do humor (destaque para depressão e ansiedade), transtornos do

neurodesenvolvimento, comprometimento auditivo e visual, síndrome do X-frágil, entre outros (KAPLAN & SADOCK, 2017).

Tabela 31.1. Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, segundo o DSM-V

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):	
Seis (ou mais) dos seguintes sintomas que persistem em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:	
1. Desatenção:	
(a) frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido	
(b) tem dificuldade em manter atenção em tarefas ou atividades lúdicas	
(c) parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente	
(d) não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho	
(e) dificuldade para organizar tarefas e atividades	
(f) evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado	
(g) perde coisas necessárias para tarefas ou atividades	
(h) facilmente distraído por estímulos externos é esquecido em relação a atividades cotidianas	
2. Hiperatividade e impulsividade:	
(a) frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira	
(b) frequentemente se levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado	
(c) corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado	
(d) é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente	
(e) “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado”	
(f) fala demais	
(g) deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída	
(h) tem dificuldade para esperar sua vez frequentemente interrompe ou se intromete	
B. Vários sintomas de desatenção e/ou impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.	
C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes.	
D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.	
E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental.	

Fonte: Adaptado de URION, 2017.

Para completa análise do caso em consultório, é imprescindível considerar a idade, história prévia médica e psiquiátrica, o comportamento atual da criança, os relatos dos acompanhantes e, também, a opinião dos profissionais da escola, que costumam relatar de forma criteriosa o quadro no caso das crianças. Vale lembrar que a cultura regional muitas vezes também deve ser considerada durante a avaliação do comportamento

(MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5.).

Diagnósticos diferenciais

Ao estar presente frente a um paciente com provável TDAH, o profissional deve considerar possíveis diagnósticos diferenciais das mais variáveis manifestações, podendo ser

fatores psicossociais, comportamentais associados ao TDAH ou condições médicas e neurológicas (REIFF & STEIN, 2003). Os prováveis diagnósticos estão sendo representados na Tabela 31.2 (URION, 2017).

Algumas doenças crônicas, como cefaleias, enxaqueca, crises convulsivas de ausência, asma e alergias, distúrbios hematológicos, diabetes, afetam até 20% das crianças em idade escolar nos Estados Unidos e podem comprometer a atenção e o desempenho escolar da criança, seja devido a sua doença de base ou por causa do tratamento farmacológico que é utilizado para tratar/controlar a patologia prevalente. Por outro lado, para pré-adolescentes e adolescentes, o abuso de drogas é mais frequente e pode resultar diretamente na queda no desempenho escolar e comportamento desatento.

Embora, tenha como senso que o TDAH seja o resultado de uma deficiência primária de atenção, controle do impulso e atividade motora, ele ocorre uma prevalência elevada de comorbidade com outros transtornos neuropsiquiátricos. Dos casos de crianças com TDAH, aproximadamente 15-25% sofrem com dificuldades de aprendizagem, 30-35% têm transtornos no desenvolvimento da fala, 15-20% foram diagnosticadas com transtornos de humor e 20-25% apresentam transtornos coexistentes de ansiedade. Crianças com TDAH podem também manifestar diagnósticos concomitantes de transtornos do sono, de memória e capacidades motoras reduzidas.

Tratamento

O tratamento de crianças com TDAH exige um trabalho conjunto entre os profissionais das áreas médica, de saúde mental e pedagógica com os pais. Esse tipo de

tratamento que envolve uma atenção de várias partes é denominado “intervenção multidisciplinar”, que funciona utilizando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas, além da combinação de ambas dependendo da situação da criança (INSTITUTO NEUROSABER, 2021).

Tabela 31.2. Diagnóstico diferencial do TDAH

FATORES PSICOSSOCIAIS	Reação ao abuso físico ou sexual
	Reação a atitudes inapropriadas dos pais
	Reação a psicopatologia dos pais
	Reação a aculturação
COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS AO TDAH	Reação ao ambiente escolar inadequado
	Síndrome do X frágil
	Síndrome do álcool fetal
	Transtorno de desenvolvimento pervasivo
	Transtornos obsessivo-compulsivos
	Síndrome de Gilles de la Tourette
	Transtorno de apego com misto de emoções e conduta
CONDIÇÕES MÉDICAS E NEUROLÓGICAS	Distúrbios da tireoide
	Envenenamento por metais pesados
	Efeitos adversos a medicamentos
	Efeito do abuso de drogas
	Déficits de audição e de visão
	Transtornos de processamento visual e auditivo
	Transtorno neurodegenerativo
	Lesão cerebral pós-traumática
	Distúrbio pós-encefalicó

Fonte: Adaptado de URION, 2017.

O tratamento envolvendo fármacos busca controlar os efeitos do transtorno, diminuindo os principais sintomas, como

impulsividade e desatenção. Para isso, a primeira escolha utilizada são os fármacos psicoestimulantes como metilfenidato (Ritalina) que é prescrito em doses de 20 a 60 mg/dia, com esquemas de administração de uma a três doses por dia (dependendo da tolerância e da necessidade do paciente) (LÓSS *et al.*, 2019).

Além dos estimulantes também são utilizados os medicamentos antidepressivos tricíclicos (ADT), como imipramina e

bupropiona. Esses medicamentos são utilizados em casos em que não se tem resposta aos psicoestimulantes e na presença de transtornos de tique ou enurese. Quanto ao uso destes medicamentos, sabe-se que a dosagem adequada de imipramina deve ser entre 2 e 5 mg/kg/dia, e a de bupropiona entre 1,5 e 6 mg/kg/dia com esquemas de administração de duas a três doses por dia. As opções terapêuticas seguem na Tabela 31.3 (URION, 2017).

Tabela 31.3. Medicamentos usados no tratamento de TDAH

PRINCÍPIO ATIVO	AÇÃO FARMACOLÓGICA	DURAÇÃO	INTERVALO DE DOSAGEM	EFEITOS ADVERSOS
Metilfenidato	Liberação imediata	3-4 h	5, 10, 20 mg comprimidos	Supressão moderada de apetite, leve distúrbio do sono, perda de peso temporária, irritabilidade, surgimento de tiques, priapismo
	Liberação prolongada	4-6 h	10, 20 comprimidos	
		8-10 h	10, 20, 30 mg cápsula	
		8-10 h	20, 30, 40 mg cápsula	Supressão moderada de apetite, leve distúrbio do sono, perda de peso temporária, irritabilidade
		10-12 h	18, 27, 36, 54 mg cápsula	
	Liberação-contínua	4-6 h	20 mg comprimidos	
	Sistema Subcutâneo	≥12 h	Adesivo	Supressão moderada de apetite, leve distúrbio do sono, perda de peso temporária, irritabilidade, surgimento de tiques, priapismo
Dexmetilfenidato	Liberação prolongada	4-6 h 6-8 h	2,5, 5, 10 mg em comprimidos	
Dextroanfetamina	Ação rápida	4-6 h	5, 10, 15 mg em comprimidos	Supressão moderada de apetite, leve distúrbio do sono, perda de peso temporária, irritabilidade, surgimento de tiques
	Ação intermediária	6-8 h	5, 10, 20 mg comprimidos	
	Lisdexanfetamina	≥12 h	30 mg, 50 mg, 70 mg em comprimidos	
Mistura de sais de anfetamina	Ação intermediária	4-6 h	5, 10, 20 mg em comprimidos	Nervosismo, problemas de sono, fadiga, perturbação gástrica, tontura, boca seca. Raro levar a lesão grave no fígado ou ideação suicida
	Liberação prolongada	8-12 h	5, 10, 15, 20, 25, 30 mg em cápsulas	
Atomoxetina	Liberação prolongada	12 h	10, 18, 25, 40, 60 mg em cápsulas	Dificuldade para dormir, cefaleia, convulsões
	Bupropiona	4-5 h	100, 150 mg em comprimidos	

		4-5 h	100, 150, 200 mg em comprimidos	
Antidepressivos tricíclicos	Imipramina	Variável		Nervosismo, problemas de sono, fadiga, perturbação gástrica, tontura, boca seca
	Desipramina (não recomendado para crianças)			
	Nortriptilina			
Agonistas- α	Clonidina	6-12h	3-10 $\mu\text{g/kg/dia}$ duas vezes ao dia, quatro vezes ao dia	Sedação, depressão, boca seca, crise de hipertensão na suspensão, confusão
	Guanfacina	6-12h	1, 2, 3 mg em comprimidos	Hipotensão, vertigem

Fonte: Adaptado de URION, 2017.

O tratamento envolvendo uma intervenção psicossocial busca complementar os objetivos farmacológicos, e são voltados para o aspecto comportamental da criança. Para tal feito, os pediatras devem inicialmente educar e conscientizar a família sobre o transtorno, além de indicar programas de treinamento para que eles possam desenvolver as melhores estratégias para auxiliar seus filhos a organizar e planejar suas atividades.

Também é necessária uma mudança no âmbito escolar, visando uma maior concentração com mudanças dentro da sala de aula, como colocá-lo na primeira fila da sala e próximo a professora para evitar dispersões. Já com os profissionais psicólogos a estratégia utilizada é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que consiste em uma mudança de comportamentos e criação e estímulo de hábitos mais saudáveis, o que proporciona à criança uma forma melhor de lidar com as situações, como nas relações familiares até escolares e profissionais.

Prognóstico

O TDAH, mesmo quando diagnosticado durante a infância, deve ser acompanhado ao decorrer dos anos, uma vez

que cerca de 80% desse público continua com os sintomas na adolescência e aproximadamente 60% dos adolescentes mantêm a sintomatologia até a fase adulta (URION, 2017).

Frente a isso, o prognóstico é bom desde que o diagnóstico seja realizado de maneira precoce e seja estabelecido um tratamento individualizado de caráter farmacológico e não farmacológico para a criança, sendo que as medidas não farmacológicas possuem melhores resultados a longo prazo.

Com o tratamento adequado, os riscos relacionados ao transtorno podem ser reduzidos de maneira significativa, uma vez que garante melhor qualidade de vida para esses indivíduos portadores desse distúrbio.

CONCLUSÃO

A partir dessa revisão, é sabido que o TDAH é um distúrbio frequente na infância, com limitação funcional e que constitui um grande desafio para o profissional. Quando não diagnosticado, na maioria dos casos a criança é reconhecida como “indisciplinada”, “agitada” e “causadora de problemas”, por isso é fundamental o diagnóstico precoce e o

tratamento multidisciplinar adequado e integrativo para cada criança, de maneira que este público alcance melhor qualidade de vida

e, concomitantemente, evite problemas futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO, C.X.L. & DE LIMA, R.F. Consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta. *Revista Psicopedagogia*, v. 35, p. 61, 2018.

COUTO, T.S. *et al.* Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): Uma revisão. *Ciências & Cognição*, v. 15, p. 241, 2010.

INSTITUTO NEUROSABER. Conheça as opções de tratamento para o TDAH. Disponível em: <https://institutoneurosaber.com.br/conheca-as-opcoes-de-tratamento-para-o-tdah/>. Acesso em: 09 abr. 2021.

KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. *Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 11ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 2017.

LÓSS, J.C.S. *et al.* Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2019. 2 v.

MAMUSZKAT, M. *et al.* Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. São Paulo: Cortez, 2017.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MATTOS, P. *et al.* Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador de oposição. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 28, p. 290, 2006.

NUSS, A. DRD2/ANKK1: possível influência na etiologia do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. 2010. 31 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Ciências Biológicas) – Instituto de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.

REIFF, M.I. & STEIN M.T. Attention-deficit/hyperactivity disorder evaluation and diagnosis: a practical approach in office practice, *Pediatric Clinics of North America*, v. 50, p. 1019, 2003.

ROHDE, L.A. & HALPERN, R. Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, v. 80, p. 61, 2004.

SOUZA, I.G.S. *et al.* Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 56, p. 14, 2007.

URION, D.K. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. In: KLIEGMAN, R.M. *et al.* *Tratado de Pediatria*. 20ª ed. Guanabara Koogan, 2017. p. 1118-1130.

CAPÍTULO 32

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DE DIFÍCIL CONTROLE

Palavras-chave: Medicina; Psiquiatria; Esquizofrenia Paranoide

CAROLINA KOBBAZ FERRARESSO¹
GABRIEL DE OLIVEIRA MONTEIRO¹
LÍVIA GRANERO PEIXOTO¹
LUIS AUGUSTO BATISTA DA SILVA¹
MARIANA RIBEIRO MORAES¹
MATHEUS SANTOS VIANA¹
RAFAEL CAMBRAIA ARTONI¹
TALES VILELA ROCHA²

1. Discente - Medicina da Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas - MG.

2. Psiquiatra e Docente do curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas - MG.



INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental crônico que geralmente tem início na adolescência ou começo da vida adulta. É de origem multifatorial, no qual fatores genéticos e ambientais parecem estar associados ao aumento do risco de desenvolvimento da doença e cuja evolução é marcada por um mau prognóstico a longo prazo, apesar dos avanços nas opções de tratamento. O diagnóstico adequado e precoce tem grande importância, visto que a esquizofrenia evolui em surtos e é observado que, quanto mais intensos e duradouros os sintomas psicóticos no início da doença, maior a chance de evolução para um prognóstico negativo (DE FARIA, 2012).

O diagnóstico de esquizofrenia é realizado baseado em um conjunto de critérios, utilizando os da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), ou critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V). As duas classificações usam critérios parecidos, sendo a diferença principal a exigência de maior tempo de doença pelo DSM-V (JENKINS & CARPENTER-SONG, 2005).

O DSM-V define como esquizofrenia um quadro clínico que apresente delírios, alucinações, desorganização de discurso, comportamento desorganizado ou catatonia, e sintomas negativos, como avolição, embotamento afetivo, alogia. São exigidos para o diagnóstico a presença de pelo menos dois sintomas descritos anteriormente durante um período de um mês (JENKINS & CARPENTER-SONG, 2005).

A esquizofrenia paranoide é uma subdivisão da esquizofrenia, sendo caracterizada pela proeminência de delírios e alucinações e pela ausência de sintomas de

desorganização ou catatonia importante. A esquizofrenia paranoide está associada a um melhor prognóstico, devido ao início mais tardio da esquizofrenia, melhor funcionamento pré-mórbido, melhor desempenho em tarefas verbais, de memória e de resolução de problemas e por apresentar menor chance de recaídas (SILVA, 2006).

Este estudo tem objetivo de relatar o caso de paciente adulto jovem diagnosticado com uma comorbidade psiquiátrica: esquizofrenia paranoide de difícil controle associada ao consumo de álcool e maconha e análise de dados achados em literatura com intuito de ter melhor compreensão e evidências para aplicação à prática clínica (SILVEIRA *et al.*, 2014).

MÉTODO

O presente estudo se trata do relato de caso de um paciente diagnosticado como portador de esquizofrenia paranoide de difícil controle. Foi realizada uma revisão sistemática, através de levantamentos bibliográficos, que possui caráter descritivo observacional cujo alvo foi um paciente de 26 anos de idade atendido no ambulatório de psiquiatria vinculado à rede pública de hospital de um município de médio porte localizado no Sul de Minas Gerais.

Para sua elaboração, as informações foram coletadas através de dados do prontuário do paciente por meio de seu acompanhamento com consultas periódicas. Além disso, foi feita uma revisão de literatura direcionada aos dados clínicos vinculados a enfermidade. Os critérios de inclusão utilizados foram artigos de periódicos científicos indexados nas bases de dados com SciELO, PubMed e LILACS, considerando de relevância e valor informativo, foram

designados descritores como: esquizofrenia; análise do comportamento, drogas ilícitas e saúde mental. Foram excluídas produções científicas na forma de estudos tipo carta, duplicadas, editoriais, opiniões e aquelas que não estivessem relacionadas à temática apresentada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A esquizofrenia é um transtorno psicótico em que o doente apresenta dissociação da realidade, de origem multifatorial, em que fatores genéticos e ambientais podem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença. Apresenta cinco subtipos: paranoide, hebefrênica ou desorganizada, catatônica, simples e residual (MIGUEL *et al.*, 2011).

O caso se resume ao paciente de 26 anos, trabalhador rural, dependente químico, histórico de convulsões e raquitismo, por carência nutricional na infância. Em 2017, procurou atendimento psiquiátrico e iniciou tratamento para esquizofrenia paranoide, classificado com a pontuação 56 na Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica. A esquizofrenia paranoide é caracterizada pelo predomínio de delírios e alucinações, principalmente auditivos, que podem desencadear agitação no indivíduo. Além disso, a esquizofrenia pode apresentar sintomas positivos, caracterizados por alucinações, sintomas negativos, caracterizados por embotamento afetivo e déficit volitivo, ou sintomas de desorganização, em que o paciente manifesta desorganização do pensamento, afeto inapropriado, distúrbio da atenção e comportamento bizarro. Os sintomas são classificados de acordo com a Escala para

Avaliação das Síndromes Positiva e Negativa (PANSS).

Há sete anos, iniciou quadro de delírios persecutório e religioso, havendo piora após falecimento do pai, o qual acredita estar vivo, dizendo conversar diariamente. Associa seus delírios a estar matando vacas e é agressivo com a família. Iniciou o tratamento apresentando melhora com Risperidona 2 mg ao dia. Entretanto, evoluiu com surtos, agressividade, crise de ansiedade, enurese noturna, embotamento afetivo, desorientação auto-alopsíquica. Ajustada a dose de Risperidona até 7 mg com melhora dos sintomas. Entretanto, apresenta hiperprolactinemia como efeito adverso, sendo trocado por Quetiapina até 800 mg, com boa melhora no quadro geral.

A intolerância à Risperidona deve-se ao aumento de prolactina (nível sérico acima de 25 ng/mL nas mulheres e acima de 20 ng/mL nos homens) acompanhado ou não de galactorreia, irregularidades menstruais ou alterações da libido, havendo indicação de uso de outro antipsicótico. O risco-benefício da troca do antipsicótico deverá ser avaliado pelo médico clínico responsável juntamente com o paciente. Isso nos leva ao dito de indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após seis semanas de uso de dose máxima, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (preenchimento da escala BPRS-A) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos intoleráveis, hiperprolactinemia ou sintomas extrapiramidais resistentes ao tratamento com biperideno ou propranolol ou gravidez/lactação. A substituição da risperidona pela quetiapina se deve pelo fato de que a quetiapina produz menos efeitos colaterais (TOY & KLAMEN, 2014).

Terá indicação de interrupção de tratamento com quetiapina o paciente que, após seis semanas de uso de até 20 mg/dia (olanzapina) ou de 800 mg/dia (quetiapina), não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (preenchimento da escala BPRS-A) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos intoleráveis, ganho de peso com desenvolvimento de obesidade (IMC acima de 30 kg/m²), cintura com mais de 94 cm, hipertensão arterial sistólica, dislipidemia, diabetes mellitus, resistência insulínica ou gravidez/lactação (TOY & KLAMEN, 2014).

O paciente, após 12 meses, apresentou episódio em que cortou o rosto e arrancou pedaços do corpo por prática de mordedura. Nesse período, fazia uso abusivo de álcool e maconha que culminaram em internação por intoxicação alcóolica. Três meses depois, refere convulsões, compulsão alimentar, vômitos, insônia de fase inicial e piora das alucinações e delírios ao usufruir álcool e maconha.

Dentre os fatores causais envolvidos, sabe-se que, a genética e as influências ambientais têm papel importante, sendo que o abuso de drogas é considerado um dos possíveis fatores precipitantes do distúrbio. Também, é válido ressaltar que inúmeros estudos demonstraram a importância desse transtorno como uma causa para a procura pelas drogas. Portanto, o uso crônico de álcool, maconha, dentre outros tóxicos, pode ser tanto um fator desencadeante, como uma consequência de quadros psíquicos. Estima-se que aproximadamente 3,5% dos dependentes de álcool e outras drogas possuem esse transtorno como diagnóstico psiquiátrico adicional. Pesquisas apontam que as chances de um indivíduo ser portador de esquizofrenia e usar substâncias de abuso são 4,6 vezes

maiores que no restante da população (SILVEIRA *et al.*, 2014).

O uso abusivo dessas drogas pode antecipar o início da esquizofrenia, exacerbar os sintomas psicóticos, reduzir a adesão ao tratamento e aumentar os déficits cognitivos, a frequência de recaídas, o risco de suicídio e o de contrair doenças infectocontagiosas, além de intensificar o comportamento violento. Sendo assim, pode-se concluir que o abuso dessas substâncias é um fator agravante no que se refere ao prognóstico dos pacientes esquizofrênicos, configurando um desafio no tratamento desta doença (SILVEIRA *et al.*, 2014).

A partir da década de 1990, surgiram pesquisas mostrando que portadores de esquizofrenia também são mais propensos a usarem maconha do que a população em geral. Tais estudos apontaram que essa é a droga que, na maioria das vezes, está associada a exacerbações da doença e dos episódios psicóticos agudos, antecipação do início dos sintomas em dois a quatro anos nos indivíduos predispostos, além de provocar efeitos nocivos nos resultados e no curso clínico da doença. Embora, a longo prazo, a maconha possa ter efeitos graves em alguns usuários, foi evidenciado que apenas uma minoria desses indivíduos desenvolvia psicose. Essa baixa incidência pode ser atribuída a diversos fatores, particularmente o grau de exposição à droga, predisposição genética, fatores de risco ambientais e a idade de primeiro uso da erva (CANDIAGO *et al.*, 2021).

Essa combinação também pode levar o doente à autodestruição, além de causar alterações comportamentais e aumentar a morbimortalidade. Tal situação representa um grave problema de saúde pública, principalmente devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e de muitas vezes não

haver tratamento adequado ou por esses indivíduos apresentarem resistência ao tratamento, o que pode aumentar os riscos para o paciente (CANDIAGO *et al.*, 2021).

A utilização continuada de *Cannabis* está associada com prognóstico ruim em pacientes com doença psicótica existente. Já foi descrito que seu uso por indivíduos saudáveis que iniciaram o uso de maconha aproximadamente aos 18 anos apresentava o dobro do risco potencial de desenvolver esse transtorno psicótico nos 15 anos subsequentes. Além disso, foi observada uma relação dose-resposta em que usuários pesados dessa substância estavam seis vezes mais predispostos do que os não-usuários de receberem um diagnóstico de esquizofrenia posteriormente (SILVEIRA *et al.*, 2014).

Ademais, o abuso de bebidas alcoólicas por pacientes esquizofrênicos pode ser justificado pela busca por integração social, prazer e lazer, além do auto-tratamento dos sintomas depressivos e psicóticos positivos. Apesar disso, uso de álcool por esses pacientes pode ser impactante, causando sintomas de ansiedade e distúrbios do sono, o que resulta em aumento das prescrições de benzodiazepínicos, ampliando o risco do desenvolvimento de abuso e dependência desses fármacos. Alguns estudos apontam que pacientes portadores de esquizofrenia são mais propensos a usar maconha do que a população em geral (SILVEIRA *et al.*, 2014).

O paciente do caso está em uso de quetiapina 800 mg, sob permanência dia no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), apresentando melhora ao não usar maconha e álcool.

Vários fatores podem justificar o fato dos portadores de esquizofrenia e que fazem uso de drogas enfrentarem dificuldades para receber um cuidado eficaz através das Equipes

de Saúde da Família, dentre eles: dificuldades de comunicação, comprometimento cognitivo resultante do transtorno, despreparo da equipe para o manejo desses pacientes, falta de recursos e profissionais, ausência de medidas preventivas para evitar o uso abusivo de álcool e outras drogas, a pequena área do território nacional que é assistida por essas equipes, a grande demanda da clientela pela qual cada uma se responsabiliza e a falta de integração entre os vários serviços e entre os níveis de atenção à saúde. Como consequência, esse grupo está sujeito a ser encaminhado a serviços especializados pela própria família, que também se vê desamparada nesse processo. Nesse sentido, analisando a distribuição por sexos, encontrou-se que a maioria dos homens foi encaminhada ao serviço via fórum, reforçando a ideia de que os homens são mais resistentes ao tratamento (MIGUEL *et al.*, 2011).

Considerando o tipo de tratamento em ambos os sexos, o presente estudo mostrou uma maior ocorrência de tratamento em serviços de permanência-dia, quando comparados aos pacientes atendidos em regime de atenção ambulatorial. Porém, observou-se frequência relativa maior entre os homens. Tal achado reforça, mais uma vez, a resistência e recusa desses ao tratamento, visto que esse tipo de tratamento é melhor ser feito com supervisão, que ajuda a melhorar a adesão (MIGUEL *et al.*, 2011).

Os serviços de permanência-dia oferecem cuidados em saúde mental que são menos restritivos que uma internação, entretanto, mais intensos do que o atendimento ambulatorial, funcionando como uma transição entre os dois. Essa modalidade de tratamento tem como um de seus principais objetivos, a reabilitação psicossocial através de Oficinas Terapêuticas, sendo que cada uma

possui um terapeuta responsável pelas atividades e técnicas que conduzem a um processo de convivência entre os pacientes, mediando o processo de reinserção social. Através dessa metodologia, as chances de internação permanente são menores e há menor taxa de desemprego, além de constituir opção de extrema importância para os pacientes resistentes ao tratamento e os que necessitam de cuidados de longa duração (CANDIAGO *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

A esquizofrenia paranoide é caracterizada por apresentar quadros de delírios e alucinações e o uso de psicoativos pode culminar com a piora do quadro. Sendo assim, é ideal focar adequadamente no tratamento e acompanhamento a longo prazo por uma equipe multidisciplinar do CAPS visando auxiliar na aderência farmacológica, na restrição do uso de substâncias psicoativas, além da reinserção social do paciente valorizando possíveis prejuízos psicossociais, morais, éticos e econômicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANDIAGO, R.H. *et al.* Esquizofrenia: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Disponível em: <<https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2021.

DE FARIA, D.L. Relato do processo heurístico de aquisição de conhecimentos de um esquizofrênico paranoide. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 11, p. 124, 2012.

JENKINS, J.H. & CARPENTER-SONG, E. The new paradigm of recovery from schizophrenia: cultural conundrums of improvement without cure. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 29, p. 379, 2005.

MIGUEL, E.C. *et al.* Clínica Psiquiátrica. 1ª ed. Barueri: Manole, 2011.

SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia Usp*, v. 17, p. 263, 2006.

SILVEIRA, J.L.F. *et al.* Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 15, p. 436, 2014.

TOY, E.C. & KLAMEN, D. Casos clínicos em psiquiatria. 4ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

CAPÍTULO 33

O USO DA INTERNET E SUAS TECNOLOGIAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 E AS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DOS INDIVÍDUOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Palavras-chave: Internet Addiction Disorder; Mental Health; COVID- 19

DOUGLAS ALVES DA COSTA CANELLA¹
GABRIELA RODRIGUES DE MENEZES¹
GERLAINE DAMASCENO SILVA¹
BRUNA VIZIOLI¹
IGOR DE ALMEIDA BALDUINO LEITE¹
ANDRESSA MACIEL DIAS¹
VINICIUS OLIVEIRA DE ANDRADE²

1. Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde- FCS, da Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD, Dourados, MS.

2. Médico formado pela UFGD, Psiquiatra formado pelo CAISM Franco da Rocha/ Complexo do Juquery.

INTRODUÇÃO

A pandemia da *Corona Virus Disease-19* (COVID-19) criou uma nova realidade. Com a instalação de medidas de isolamento social, o ser humano se viu confinado em seu próprio lar e teve que buscar a manutenção de seus vínculos amorosos e profissionais por meio das tecnologias e da internet. Entretanto, a falta de contato interpessoal e a necessidade de usar meios tecnológicos para desempenhar suas atividades cotidianas levou os indivíduos a desenvolverem e/ou reforçarem hábitos de uso tecnológico excessivo, potencialmente aditivos.

A relação entre a vida real e a digital foi intensificada durante a pandemia, bem como a sensação de solidão dos indivíduos, associada ao uso problemático da internet e ao aumento do número de horas gastos online (SUN *et al.*, 2020). Em tal cenário, o aumento do uso inadequado de substâncias e dispositivos foi uma consequência previsível. Nessa situação, o uso abusivo da internet afeta a vida pessoal, profissional e sentimental do indivíduo, potencializando o sofrimento psicológico gerado pela situação de exceção vivida no momento e desencadeando distúrbios psicológicos (ABREU *et al.*, 2008).

Ao analisar o impacto da pandemia sobre a saúde mental dos indivíduos, não se deve ignorar o fato de que certas características pessoais aumentam o risco de desenvolvimento de determinadas doenças mentais. Quanto à ansiedade, por exemplo, foi constatado maior índice entre mulheres, jovens, indivíduos de menor escolaridade e que passaram maior tempo buscando notícias sobre a pandemia, sobretudo se tal busca foi feita em fontes inadequadas e propagadoras de desinformação (HOU *et al.*, 2020).

A saúde física e/ou mental dos indivíduos durante a pandemia da COVID-19 é um dos principais assuntos de interesse científico dos dias atuais. Dado o avanço tecnológico da civilização atual e sua influência na vida das pessoas, sobretudo com a intensificação do contato virtual provocada pelo isolamento social, é imprescindível analisar seu impacto sobre a neurotransmissão cerebral e futuras repercussões nas esferas biológica e social. Sendo assim, o presente capítulo tem como objetivo discutir o aumento do uso de internet e de tecnologia durante a pandemia e suas repercussões neuropsiquiátricas por meio de revisão bibliográfica do assunto.

MÉTODO

Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura do tipo integrativa sobre uso da internet e suas tecnologias durante a pandemia de COVID-19 nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Excerpta Medica dataBASE (Embase) e *Web of Science*. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos na língua portuguesa, inglesa e espanhola publicados no período entre 2020 e 2021, com os descritores: “*Internet Addiction Disorder*” AND “*Mental Health*” AND “*COVID-19*”.

Somando-se todas as bases de dados, foram encontrados 748 artigos. A seleção dos estudos foi realizada por meio da plataforma de seleção Rayyan. Inicialmente os artigos foram selecionados após a leitura do título e resumo e os que atenderam os critérios de elegibilidade foram lidos na íntegra para inclusão. Os critérios de exclusão foram:

artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Ao final dessa etapa foram selecionados 68 artigos. As discordâncias na fase da leitura na íntegra foram resolvidas por consenso dos autores. Após segunda análise com cruzamento de informações, foram selecionados 26 artigos que preenchiam os critérios inicialmente propostos.

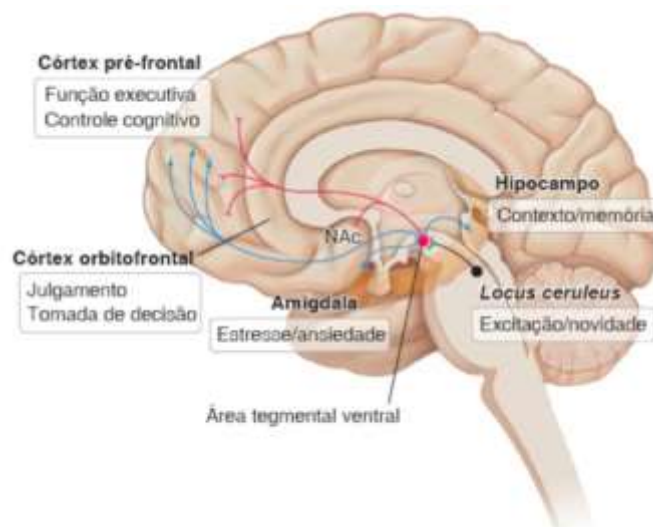
RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ser humano está constantemente tomando decisões e existem estruturas cerebrais envolvidas nessa dinâmica. Essas estruturas direcionam instintivamente o comportamento de busca por recompensas imediatas e, por meio delas, decidimos favoravelmente a atitudes que atendem a instintos imediatos. As regiões cerebrais envolvidas nesse processo são subcorticais. Em contraponto à satisfação momentânea, há outras estruturas que fazem com que analisemos as consequências de tais decisões a longo prazo. Elas estão localizadas nas regiões anteriores do cérebro ou regiões pré-frontais e modulam o impulso das regiões subcorticais de obtermos o prazer instantâneo (GIGLIOTTI, 2007).

As recompensas naturais, como alimento ou sexo, aumentam a liberação de dopamina no núcleo accumbens (região subcortical) e dão origem à aprendizagem da recompensa, que liga estímulos ambientais relevantes (indícios sensoriais) a elementos concomitantes de recompensa, alterando circuitos neurais nas áreas associativas do encéfalo. As substâncias psicoativas, uso de internet e smartphones induzem a liberação amplificada de dopamina, levando a imediata

gratificação, ativando as mesmas adaptações sinápticas podendo levar a resposta repetitiva que inclui comportamentos compulsivos e aumento de tolerância, exemplificado na Figura 33.1. Ademais, a ativação do sistema de recompensa é modulada pelos níveis de dopamina não apenas durante a realização de atividades percebidas como prazerosas, mas também em sua antecipação (GOLAN, 2018). Assim, acredita-se que tais estímulos inundem os sistemas encefálicos de aprendizagem da recompensa, levando ao reforço positivo do comportamento (BICKHAM, 2021).

Figura 33.1. Integração dos sistemas encefálicos de comportamento por meio de conexões com a via dopaminérgica mesolímbica



Legenda: Os neurônios noradrenérgicos que se originam no locus ceruleus (preto) transmitem a informação de novidade e excitação aos neurônios dopaminérgicos na área tegmental ventral (ATV). A ATV projeta-se para o núcleo accumbens (NAC) e o córtex (vermelho). Múltiplos impulsos do encéfalo modificam o efluxo da ATV: o estímulo glutamatérgico do córtex pré-frontal transmite a função executiva e o controle cognitivo; o estímulo excitatório da amígdala sinaliza estresse e ansiedade; e o estímulo glutamatérgico do hipocampo transmite informações contextuais e experiências passadas (azul). Em seu conjunto, esses múltiplos estímulos modificam a sinalização na via dopaminérgica mesolímbica e modulam a percepção de prazer. **Fonte:** GOLAN *et al.*, 2014.

Além dos mecanismos neurobiológicos citados, há estudos relacionando a dependência de internet a transtornos do controle do impulso (TCI) (SHAPIRA *et al.*, 2000). O impulso é modulado nas regiões do córtex pré-frontal dorsolateral do cérebro. Williams e Potenza (2008) descrevem a neuroquímica responsável pelo TCI:

- Níveis reduzidos de serotonina levando ao desencadeamento do comportamento problemático e dificultando a interrupção do mesmo;
- Função anormal da dopamina, contribuindo para a modulação das vias de recompensa e reforçamento, especialmente em relação aos comportamentos agressivos e a outros comportamentos impulsivos;
- Disfunção da noradrenalina associada à hiperestimulação e à excitação.

Logo, os altos níveis dopaminérgicos desencadeados pelo uso de internet e telas (smartphones, tablets, computadores e televisores) associados aos TCI podem levar o indivíduo à dependência. Embora nos últimos anos as pesquisas científicas nessa área tenham avançado, ainda há dúvidas em vários aspectos devido à dificuldade de realizar estudos completos com grande número de participantes e resultados conclusivos.

O uso excessivo de internet resulta em consequências negativas na vida do usuário em diferentes aspectos: social, psicológica, acadêmica ou qualquer outro aspecto da vida, podendo causar prejuízos visuais, privação de sono, fadiga, problemas com alimentação e problemas ergométricos. Foi encontrada associação de vício na internet com solidão, retraimento social, instabilidade emocional, depressão, ansiedade, baixa autoestima e

outros sintomas adictos (ABREU *et al.*, 2008).

Pesquisas em diversos países têm apontado a relação entre depressão, ansiedade e uso problemático de smartphones com a pandemia da COVID-19 e suas medidas de isolamento social (YANG *et al.*, 2020). Greenfield (1999) já tinha observado em seu trabalho com 17.251 entrevistados com idade média de 33 anos, que 6% continham critérios de dependência no uso de internet. Um estudo realizado com indivíduos da Ásia ocidental, norte da África, Europa e outros países demonstrou que o confinamento domiciliar teve um efeito negativo sobre o bem-estar mental e emocional das pessoas, o que se associou a comportamentos pouco saudáveis, como inatividade física e social, sono de má qualidade e alimentação inadequada, estando associado a um maior uso de artefatos tecnológicos durante esse período (AMMAR *et al.*, 2021).

O impacto na saúde mental no período de pandemia varia conforme diversos fatores, como o sexo, com as mulheres experimentando sintomas de estresse e ansiedade mais graves que os homens; a idade, inversamente proporcional à gravidade dos sintomas; o grau de escolaridade, que também se relaciona de maneira inversa aos sintomas; a situação epidemiológica local, com imposição de *lockdown* e aumento do número de casos sendo fatores ansiogênicos; a atitude individual diante da situação experimentada, com maior tempo de busca por informações sobre a pandemia e excesso de rumores sobre o tema sendo fatores de pior prognóstico (HOU *et al.*, 2020).

Para exemplificar esse impacto na saúde mental foi realizado um estudo com estudantes universitários na Espanha. Esse estudo revelou que o consumo excessivo de

internet durante a pandemia gerou disfunções comportamentais em âmbito pessoal e social, com desenvolvimento de psicopatologias e uso de drogas ilícitas (GALÁN-GOMÉZ *et al.*, 2020). Já na Indonésia, foi encontrada relação entre aumento de psicopatologias e distúrbios do sono relacionados com o uso de redes sociais durante o surto da COVID-19 (SISTE, *et al.*, 2020).

Estudos ainda mostram que pode haver um ciclo de feedback entre o uso excessivo de ferramentas tecnológicas e a tentativa individual de gerenciar a ansiedade. Sendo que, o uso constante dos meios tecnológicos, pode elevar ainda mais os níveis de ansiedade do indivíduo e, consequentemente, sua dependência por tecnologias (ELHAI *et al.*, 2020). Já evidenciaram que a utilização mais frequente de redes sociais durante o surto da COVID-19 está associada ao aumento de sintomas de ansiedade (GAO *et al.*, 2020).

Tal quadro se relaciona intimamente com uma nova patologia psicológica chamada de “*Fear of Missing Out*” (FOMO) que é caracterizada pelo medo, do indivíduo, de ficar fora do mundo tecnológico ou não se desenvolver ao mesmo ritmo que a tecnologia. Como evidenciado por um estudo com 812 participantes norte-americanos e canadenses durante a pandemia, a FOMO se mostrou uma variável importante na problemática digital do uso tecnológico para compensar as necessidades sociais não atendidas devido ao distanciamento social durante a pandemia (ELHAI *et al.*, 2020), ou seja, as pessoas passaram a depender ainda mais de interações virtuais no seu dia a dia.

A necessidade de relações virtuais tem relevantes impactos psicológicos: uma pesquisa de janeiro de 2020, na China, demonstrou que a depressão, em uma escala

que estratifica de casos moderados a severos, teve um crescimento de 17% para 48% na população avaliada, enquanto que os quadros de ansiedade se elevaram de 23% para 28% (WANG *et al.*, 2020). Outro estudo, utilizando um score para medir a saúde mental durante a pandemia da COVID-19, encontrou uma prevalência de 35% experienciou sofrimento emocional em seus participantes e assim, maior chance de desenvolver um transtorno de estresse pós-traumático e outro transtorno mental (QIU *et al.*, 2020).

Caracterização de transtornos mentais vinculados ao uso de internet e suas tecnologias

Ansiedade, sintoma psiquiátrico ou resposta emocional não patológica relacionada a diferentes situações de vida. Normalmente, consiste em uma combinação variável de sintomas físicos, pensamentos catastróficos e mudanças de comportamento relacionados a um sinal de alerta a determinado estímulo, considerado perigoso pelo indivíduo. No entanto, a ansiedade se torna um transtorno psiquiátrico quando representa emoção desconfortável e inconveniente, surgindo na ausência de um estímulo externo claro ou com magnitude suficiente para justificá-la, apresenta intensidade, persistência e frequência desproporcionais. A interação entre fatores genéticos e ambientais resume a etiologia atualmente proposta e aceita.

Segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), os transtornos ansiosos podem ser divididos em fobia específica, fobia social, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e transtorno obsessivo-compulsivo. O diagnóstico de um transtorno de ansiedade específico baseia-se em seus

sinais e sintomas, caracterizando-se por ser exclusivamente clínico.

O transtorno de ansiedade generalizada destaca-se dentre os transtornos com maior projeção de crescimento dentro do cenário de pandemia global (GAO *et al.*, 2020). Incertezas, medo, preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho, escola, saúde e futuro, intensificam o sofrimento e a perda de controle. Dessa maneira, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou “ter brancos”; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono (APA, 2014).

Estudos realizados na China e México, nas fases iniciais da pandemia da COVID-19, vinculam a escalada do uso de mídias sociais, comprovam que ambos os sexos apresentam o transtorno de ansiedade generalizada (PRIEGO-PARRA *et al.*, 2020). No sexo feminino, a comorbidade está em grande parte confinada a transtornos de ansiedade e depressão, enquanto, no sexo masculino, a comorbidade tem maior probabilidade de se estender aos transtornos por uso de substância (DUBEY *et al.*, 2020).

Os ataques de pânico se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. Ataques abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos, acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos. O pânico cria realidades alternativas que dificultam a racionalidade (APA, 2014).

A pandemia da COVID-19 e o isolamento criam um cotidiano de incertezas e medo. Não obstante, as plataformas de mídias sociais, lançam alertas a todo o momento,

saturam de informações abrindo quadros de angústia aos usuários (PRIEGO-PARRA *et al.*, 2020). A exposição gera o mal-estar constante e abertura de quadros de pânico. A incapacidade de impedir a abertura desses quadros reside, principalmente, na dependência tecnológica (JAVELOT & WEINER, 2020).

Transtorno de estresse pós-traumático, desenvolvimento de sintomas característicos após exposição a um ou mais eventos traumáticos, os quais proporcionaram uma resposta intensa de medo, desamparo ou horror. A exposição pode gerar sintomas de revivência do medo, mudança de estados de humor para anedônico ou disfórico, cognições negativas, podendo evoluir para sintomas dissociativos. Vale ressaltar, algumas pessoas exibem combinações desses padrões de sintomas que têm suas vidas totalmente desestruturadas (APA, 2014).

Indivíduos predispostos a desenvolver estresse pós-traumático sofrem intensamente no atual momento de pandemia, expostos constantemente a circunstâncias capazes de desencadear o transtorno (FIEST *et al.*, 2021). Uma exposição capaz de recordar o fato desencadeia um processo em que ele revive o episódio, como se estivesse ocorrendo naquele momento e com a mesma sensação de dor e sofrimento que o agente estressor provocou. Essa recordação desencadeia alterações neurofisiológicas e mentais altamente deletérias para a saúde do indivíduo.

Tristeza e alegria fazem parte da vida cotidiana. A tristeza é uma resposta natural à derrota, aos desapontamentos e a outras situações adversas. No entanto, considera-se transtorno depressivo quando o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia, diminuição da atividade,

alterações da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração. Além disso, observam-se problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves (APA, 2014). O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Acontecimentos vinculados a COVID-19, altas taxas de mortalidade e comorbidade, isolamento social, uso desenfreado de redes sociais. Promovem uma escalada no número de casos de depressão (HOU *et al.*, 2020). Segundo estudo transversal realizado com cidadãos chineses, além da escalada do número de casos, as mulheres são especialmente afetadas apresentando maiores índices de adoecimento em comparação com os homens, pois passam a sofrer mais estresse. Ademais a pandemia promove a elevação significativa de tentativas de suicídio, como relatado pelo estudo realizado pela Universidade do Porto (PINTO *et al.*, 2020).

Não obstante, indivíduos com sintomas depressivos e/ou ansiosos estão entre indivíduos com diagnóstico de abuso de substâncias e tentativas de suicídio. Entre as drogas, álcool, tabaco e opioides representam as substâncias mais consumidas no mundo e com projeção de aumento por uso abusivo devido à pandemia (DUBEY *et al.*, 2020).

O sono, função biológica básica de consolidação da memória, regulação da temperatura, preservação, recuperação da energia e recuperação do metabolismo energético do cérebro. Considerando as funções do sono, os distúrbios do sono causam

alterações importantes nas funções físicas, ocupacionais, cognitivas e sociais do indivíduo. Segundo o DSM-5 os transtornos do sono-vigília abrangem 10 sub- grupos: transtorno de insônia, transtorno de hipersonolência, narcolepsia, transtornos do sono relacionados à respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, transtornos de despertar do sono não REM (*rapid eye movement* – movimentos rápidos dos olhos), transtorno do pesadelo, transtorno comportamental do sono REM, síndrome das pernas inquietas e transtorno do sono induzido por substância/ medicamento. Indo além, os distúrbios do sono são frequentemente acompanhados de depressão, ansiedade e alterações cognitivas.

Dentro dos distúrbios do sono, a insônia destaca-se como a principal enfermidade. Dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, despertar precocemente, ou dormir de maneira não reparadora, com repercussão nas atividades diurnas estão como os principais sintomas da insônia. Alguns dos sintomas diurnos da insônia são irritabilidade, cansaço/fadiga, mau humor, sonolência, dores no corpo, alterações de apetite, déficit de concentração, alterações de memória (APA, 2014).

Antes da pandemia, as principais causas da insônia eram o consumo de bebidas alcoólicas, cafeína, falta de horário para dormir e acordar, alimentação pesada, prática de exercícios físicos à noite, problemas familiares, econômicos e profissionais. Contudo, a pandemia mudou essa realidade. O uso da internet e suas tecnologias intensificou o aparecimento de transtornos de sono-vigília com ênfase à insônia (DATTA & TRIPATHI, 2021). Nesse cenário, a união entre COVID-19, uso maciço de tecnologia promovem o aumento do estresse e medo, os principais

responsáveis pelo aumento dos índices de insônia. Desse modo, inicia-se o processo de adoecimento do indivíduo.

Panorama global

Durante a pandemia da COVID-19, houve constante busca por informações, tanto quanto necessidade em averiguar rumores gerados por *fakenews*. Se faz necessário um equilíbrio entre informações verdadeiras em tempo real para que as pessoas se mantenham resilientes quanto às medidas para conter o avanço da doença, bem como cuidado para que essas informações não repercutam em piora do estado de saúde mental da população.

Um estudo em Singapura demonstrou que há associação entre o tempo de exposição às mídias sociais e sintomas psicológicos (como depressão, ansiedade e estresse), medidos pelo DASS-21. Nesse mesmo estudo, foi avaliada a relação dos sintomas psicológicos ao uso de uma mídia com informações oficiais divulgadas pelo governo local, além de perceber que variáveis como estado de lockdown e número de casos locais também interferem significativamente nos níveis de depressão, ansiedade e estresse. Em relação à depressão e à ansiedade, percebeu-se que ao utilizar uma rede oficial de informações sobre a pandemia, houve redução desses sintomas, os quais aumentavam à medida que as informações se tornavam numerosas e de fontes não oficiais. O estresse, por sua vez, manteve-se o mesmo em fontes oficiais e não oficiais (LIU & TONG, 2020).

A rede social é uma forma de interação que já vinha em ascendência e aumentou seu espaço em tempos de isolamento social. Se por um lado a mídia social pode ser utilizada como ferramenta de suporte informativo, por outro é possível perceber a mudança de

linguagem utilizada nesses meios durante a pandemia: tal linguagem aumenta de forma coletiva os sinais de ansiedade, de depressão, de estresse e de ideação suicida.

Um estudo que avaliou redes sociais nos Estados Unidos de março a maio de 2020 constatou que houve aumento do uso de redes sociais e nelas, que o aumento das expressões psicossociais de sofrimento nas publicações está relacionado à temática COVID-19. Dessa forma, sugere-se que aumentou a necessidade de utilizar a rede social como forma de compartilhar os efeitos diretos da doença, as angústias quanto à pandemia e às medidas adotadas em cada local. Percebeu-se também que há uma variância entre os efeitos psicológicos ao decorrer da pandemia, a depender de fatores psicossociais locais (interação em mídias sociais antes da pandemia) com estado de *lockdown*, número de casos locais, tempo de busca por informações sobre a pandemia e averiguações quanto a rumores sobre o tema (SAHA *et al.*, 2020).

O impacto da pandemia na saúde mental é evidente. Seja pelo medo da doença diretamente, seja pelos efeitos da quarentena. O uso de mídias sociais para busca de informações parece possuir papel paradoxo: se por um lado, informação de confiança pode auxiliar a reduzir sintomas de ansiedade e depressão; por outro, excesso de buscas, de rumores e de desabafos nas mídias sociais parece piorar esses sintomas, além de poder predispor pânico, comportamentos obsessivos, paranoia, abuso de drogas lícitas e ilícitas, adicções e até mesmo estresse pós-traumático a longo prazo (DUBEY *et al.*, 2020).

Pontos positivos vinculadas ao uso de internet e suas tecnologias

O uso da tecnologia durante a pandemia teve inegáveis benefícios à sociedade, que pôde se manter ativa e conectada durante o isolamento. Em uma época de tantas mazelas sociais e pessoais, potenciais causadores de imenso sofrimento psíquico, como o medo de ser infectado, o isolamento social, a interrupção da rotina diária, o recrudescimento econômico e o adoecimento ou mesmo a morte de entes queridos, possibilitar o acesso à psicoterapia à distância, cumprindo as normas sanitárias vigentes, é imprescindível para que os indivíduos possam manter sua saúde mental. Assim, a telepsiquiatria e a telepsicologia, antes delegadas a segundo plano, se tornaram imprescindíveis durante a pandemia.

Estudos envolvendo telepsicologia por vídeo no cuidado a veteranos de guerra dos EUA foram sumarizados por Rosen *et al.* (2021) resultando em sete ensaios clínicos com portadores de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) demonstrando não inferioridade do atendimento online em relação ao presencial e um ensaio apenas contestando esse resultado. Também foi verificada a eficácia do teleatendimento psicológico por vídeo com portadores de transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno do pânico e agorafobia, sem prejuízo na satisfação dos usuários e dos provedores, mesmo entre os menos familiarizados com a tecnologia.

Quanto à telepsicologia realizada por telefone, muito útil em regiões de difícil acesso à internet e à tecnologia em geral, foi demonstrada não-inferioridade ao tratamento presencial em pacientes em tratamento para TOC, abuso de álcool, depressão e ansiedade.

No entanto, programas de aconselhamento por telefone visando a cessação do tabagismo tiveram pouco ou nenhum resultado. Esse fato abre a possibilidade de as instituições utilizarem mais de um meio de comunicação para prover o acesso à saúde mental, determinando quais modalidades de atendimento podem ser feitas por telefone, mais amplamente acessível e que não necessita de treinamento para ser utilizado, e quais prescindem do uso de vídeo (ROSEN *et al.*, 2021).

Dessa forma, o uso do teleatendimento em saúde mental é imprescindível durante a pandemia e tem vantagens mesmo após tal período, como atingir populações marginalizadas, com dificuldade ou impossibilidade de se locomover até uma clínica para atendimento; populações estigmatizadas, pertencentes a minorias populacionais, que de outra forma não procurariam atendimento, e indivíduos que preferiram o atendimento online, por prescindir de locomoção e dar maior sensação de privacidade (ROSEN *et al.*, 2021).

Além do atendimento online, o uso de outros recursos tecnológicos voltados para a promoção da saúde mental teve importância durante a pandemia. Zhang e Smith (2020) elencaram os serviços virtuais validados por ensaios clínicos atualmente existentes com o propósito de combater os sintomas de estresse, ansiedade e depressão dos usuários. A maior parte dos serviços analisados não está disponível comercialmente, dificultando o acesso dos usuários a essa ferramenta. Dentre os disponíveis, quatro se tratam de sites web (“Living Life to the Full”, “Deprexis”, “Moodgym” e “Interapy”) sete constituem aplicativos (“Headgear”, “MoodHacker”, “SuperBetter”, “Thought Challenger”, “Angesthjälpen”, “Anxiety Coach”, e “Smart-

CAT”) e dois se tratam de robôs que dialogam com o usuário (“Woebot” e “Tess”) (ZHANG & SMITH, 2020).

Não foi analisada a disponibilidade de tais recursos em outras línguas que não o inglês, o que possivelmente limitaria sua aplicabilidade. No entanto, estudos similares com aplicativos em português se fazem necessários para determinar sua possível aplicação no contexto da pandemia no Brasil. Além disso, a validação do uso dos aplicativos foi feita com a população de um determinado local, que variou conforme o estudo. Portanto, não se trata de algo definitivo, com potencial de auxiliar igualmente às pessoas de todas as localidades. Apesar disso, presume-se que o uso de uma ferramenta validada, mesmo que apenas em um local, seja superior ao uso de uma não validada (ZHANG & SMITH, 2020).

Outras necessidades da pandemia supridas através do uso de aplicativos de celular foram: acesso à informação de qualidade sobre a pandemia, diminuindo o impacto da desinformação sobre a saúde mental dos indivíduos; rastreamento de indivíduos contaminados, permitindo obter informação sobre o risco de contaminação ao frequentar determinados locais; triagem dos indivíduos contaminados de acordo com seu grau de sintomas, orientando as pessoas sobre os cuidados que devem ter no isolamento domiciliar e quando devem procurar um serviço de saúde e acompanhamento longitudinal dos pacientes por seus cuidadores, durante e após sua hospitalização, a fim de promover a continuidade do cuidado (KONDYLAKIS *et al.*, 2020).

Quanto ao uso de redes sociais e seu impacto sobre a saúde dos indivíduos durante a pandemia, Pahayahay e Khalili-Mahani (2020) aplicaram um vasto questionário em 685 pessoas de várias localidades do mundo,

o que lhes permitiu concluir que: assistir conteúdo escolhido pelo usuário, usando plataformas de streaming ou de hospedagem de vídeos, por exemplo, diminui os níveis de estresse dos usuários; a rejeição à mídia informativa aumenta com o aumento dos níveis de estresse autorrelatado pelos usuários; redes sociais como Facebook e Instagram tiveram papel ambíguo, pois enquanto muitos indivíduos as consideraram importantes para manter o contato social apesar do isolamento, outros as consideraram fontes de desinformação e potenciais estressores pelo excesso de informações a que são expostos através delas; e o impacto de determinada mídia sobre a saúde mental e/ou física é variável de acordo com o indivíduo, bem como sua percepção de estresse e do impacto de determinada mídia como agente estressor; no entanto, a maior parte dos participantes entende o aumento do uso de telas como prejudicial à sua saúde física, e ignoram o possível prejuízo à sua saúde mental.

Para prevenir tais consequências, Király *et al.* (2020) elaboraram um consenso com medidas gerais a serem tomadas pelos indivíduos durante a pandemia. Dentre estas, estão: fixar uma rotina diária, com horários definidos para trabalho, atividade física e lazer; manter bons padrões de sono, alimentação, hidratação e higiene; usar métodos de relaxamento diariamente para evitar o aumento do estresse e, caso isso ocorra, procurar ajuda, tanto com amigos e família quanto com serviços de atendimento psicológico; manter uma rotina familiar de compartilhamento de experiências e tarefas, sem deixar de reservar um tempo para si próprio; e manter-se informado acerca da pandemia por fontes confiáveis, limitando a

exposição própria a tais notícias a fim de não torná-las um fator estressor.

Especificamente acerca do uso da tecnologia durante a pandemia, são feitas as seguintes recomendações: monitorar e limitar o próprio tempo de uso de dispositivos tecnológicos, bem como o das crianças e adolescentes da casa, o que pode ser feito através de aplicativos de bem-estar digital; desligar notificações e deixar os dispositivos afastados do local em que se está desempenhando uma atividade que não envolva o uso de tecnologia; usar ferramentas analógicas ao invés das tecnológicas para certas finalidades (por exemplo, relógios para checar as horas ao invés de olhá-las no smartphone); manter contato com amigos e familiares pela internet ou por telefone durante o isolamento e procurar um serviço de saúde mental caso esteja experimentando dificuldades em limitar o uso de tecnologia (KIRÁLY *et al.*, 2020).

Limitações do estudo

As principais limitações do nosso trabalho são: abordar o impacto na saúde mental durante a pandemia limitado ao uso de redes e mídias sociais; logo, não estamos analisando sobre os impactos na saúde de forma geral, em pessoas que não possuem acesso a tais tecnologias, e elaborar um trabalho sobre o assunto durante a pandemia, não sendo possível fazer uma análise distanciada dos fatos nem de suas consequências a longo prazo.

CONCLUSÃO

O impacto social da pandemia da COVID-19, mediante o exposto, revela modificação na realidade da sociedade pós-

moderna. Sugere-se que essas mudanças ocorreram por diversos fatores ligados direta e indiretamente à doença em si. O distanciamento físico sugerido na pandemia encorajou adultos a usarem ainda mais as mídias sociais: para trabalho e/ou interação social. O uso abusivo, por sua vez, associado à predisposição individual exacerbou diversos transtornos mentais, dentre eles: os somatoformes, comportamentais, sono-vigília e os de humor. Dessa forma, observou-se que a população adulta está sensível a estímulos da internet e da tecnologia e apesar de existirem benefícios, o uso depreciativo está em ascendência.

Se por um lado o uso de mídias sociais, da internet e de suas tecnologias apresenta papel em reduzir sintomas de ansiedade e depressão, permitindo atendimentos de psicoterapia à distância, por exemplo; por outro, o excesso de buscas, de rumores e de desabafos nas redes parece intensificar experiências de sofrimento psicológico e consequente desenvolvimento de psicopatologias, como reação ao estresse, ideias obsessivas, distúrbios do sono, abuso de substâncias lícitas e ilícitas e o próprio uso abusivo das tecnologias sobretudo da internet.

A partir dessa revisão sugere-se uma melhor elucidação de causa e consequência em relação ao desenvolvimento de psicopatologias e o uso desenfreado de tecnologias e da internet percebeu-se nessa revisão que há correlação entre elas. Entretanto, pela literatura atual ainda não foi possível identificar se o uso das tecnologias em excesso desencadeia sintomas e distúrbios psiquiátricos ou se o uso excessivo já seja um sintoma de um transtorno psiquiátrico, como a adicção, por exemplo; ou ainda, se ambas compõem um ciclo vicioso interdependente. Ao passo que há associação na ativação de

vias dopaminérgicas e serotoninérgicas relacionadas ao impulso e à dependência do uso. De fato, houve aumento desses sintomas durante a pandemia, bem como houve o

aumento do uso das tecnologias. Entretanto, carecem esclarecimentos acerca de correlações entre fatores causais e de risco entre tais situações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, C.N. *et al.* Dependência de Internet e de jogos eletrônicos: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, p. 156, 2008.
- AMMAR, A. *et al.* Effects of home confinement on mental health and lifestyle behaviours during the COVID-19 outbreak: Insight from the “ECLB-COVID19” multicenter study. *Biology of Sport*, v. 38, p. 9, 2021.
- APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, 5ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BICKHAM, D.S. Current research and viewpoints on internet addiction in adolescents. *Current Pediatrics Reports*. v. 9, p. 1, 2021.
- DATTA, K.; TRIPATHI, M. Sleep and Covid-19. *Neurology India*, v. 69, p. 26, 2021.
- DUBEY, M.J. *et al.* COVID-19 and addiction. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, v. 14, p. 817, 2020.
- ELHAI, J.D. *et al.* COVID-19 anxiety symptoms associated with problematic smartphone use severity in Chinese adults. *Journal of Affective Disorders*, v. 274, p. 576, 2020.
- FIEST, K.M. *et al.* Experiences and management of physician psychological symptoms during infectious disease outbreaks: a rapid review. *BMC Psychiatry*, v. 21, p. 1, 2021.
- GALÁN-GOMÉZ, J. *et al.* Social Network Consumption and addiction in College Students during the COVID-19 Pandemic: Educational Approach to Responsible Use. *Sustainability*, v. 12, p. 7737, 2020.
- GAO, J. *et al.* Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, v. 15, e0231924, 2020.
- GIGLIOTTI, A. editor. Dependência, compulsão e impulsividade – Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007. 256 p.
- GOLAN, D.E. editor. Princípios de Farmacologia - A Base Fisiopatológica da Farmacologia, 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. 972 p.
- GREENFIELD, N.D. Psychological characteristics of compulsive Internet use: A preliminary analysis. *Cyber Psychology & Behavior*, v. 8, p. 403, 1999.
- HOU, F. *et al.* Gender differences of depression and anxiety among social media users during the COVID-19 outbreak in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, v. 20, p. 1, 2020.
- JAVELOT, H. & WEINER, L. Panic and pandemic: Review of the literature on the links between panic disorder and the SARS-CoV-2 epidemic. *Encephale*, v. 46, p. S93, 2020.
- KIRÁLY, O. *et al.* Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. *Comprehensive Psychiatry*, v. 100, p. 1, 2020.
- KONDYLAKIS, H. *et al.* COVID-19 Mobile apps: A systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, p. 1, 2020.
- LIU, J.C.J. & TONG, E.M.W. The relation between official whatsapp-distributed COVID-19 news exposure and psychological symptoms: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, e22142, 2020.
- PAHAYAHAY, A. & KHALILI-MAHANI, N. What media helps, what media hurts: A mixed methods survey study of coping with COVID-19 using the media repertoire framework and the appraisal theory of stress. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, e20186, 2020.
- PINTO, S. *et al.* COVID-19 suicide survivors - A hidden grieving population. *Frontiers in Psychiatry*, v. 11, p. 1, 2020.
- PRIEGO-PARRA, B.A. *et al.* Anxiety, depression, attitudes, and internet addiction during the initial phase of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic: A cross-sectional study in México. *medRxiv*, 2020.
- QIU, J. *et al.* A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, v. 33, e100213corr1, 2020.
- ROSEN, C.S. *et al.* Virtual mental health care in the Veterans Health Administration’s immediate response to coronavirus disease-19. *The American psychologist*, v. 76, p. 26, 2021.
- SAHA, K. *et al.* Psychosocial effects of the COVID-19 pandemic: Large-scale quasi-experimental study on social media. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, e22600, 2020.

SHAPIRA, N.A. *et al.* Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, v. 57, p. 267, 2000.

SUN, Y. *et al.* Brief Report: Increased Addictive Internet and Substance Use Behavior During the COVID-19 Pandemic in China. *American Journal on Addictions*, v. 29, p. 268, 2020.

WANG, C. *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. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, p. 1729, 2020.

WILLIAMS, W.A. & POTENZA, M.N. Neurobiologia dos transtornos do controle dos impulsos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, p. 24, 2008.

YANG, J. *et al.* Association of problematic smartphone use with poor sleep quality, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, v. 284, p. 112686, 2020.

ZHANG, M. & SMITH, H.E. Digital tools to ameliorate psychological symptoms associated with COVID-19: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, p. 1, 2020.

CAPÍTULO 34

DISFUNÇÃO SEXUAL COMO EFEITO ADVERSO DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS À BASE DE CLORIDRATO DE FLUOXETINA

Palavras-chave: Depressão; Disfunção Sexual; Fluoxetina

HENRIQUE ULISSES DUARTE DE CASTRO¹
MATHEUS FORTUNATO MENDES¹
FERNANDA CAETANO SOLANO OLIVEIRA²
ALEXANDRE DE CASTRO BROMMONSCHENKEL²

1. Discente - Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

2. Discente - Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte.



INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o transtorno depressivo maior (TDM), ou simplesmente depressão, é uma das principais causas de anos vividos com deficiência, gerando danos sociais, psicológicos, e até mesmo econômicos, que podem ser irreversíveis (RAMOS *et al.*, 2020). Sendo uma doença sistêmica, o TDM está presente em diversas faixas etárias e grupos populacionais, destacando-se crescente prevalência a partir da adolescência (6,1%), nas mulheres (8,9%) e, principalmente, durante o envelhecimento (9,5%) (RAMOS *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a alta prevalência relatada é um motivo de preocupação, principalmente em adultos jovens com depressão como doença única, sendo a própria terapêutica marcada por efeitos colaterais que muitas vezes impactam negativamente na adesão ao tratamento e em seu sucesso (RAMOS *et al.*, 2020; CORDIOLI, 2001; IBANEZ *et al.*, 2014). Dentre os principais fármacos dessa classe, estão os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), como a fluoxetina, utilizados por até 30,1% dos pacientes com TDM. Um dos seus principais efeitos colaterais são as disfunções sexuais, caracterizadas por alterações como diminuição da libido e da excitação, retardo na ejaculação e anorgasmia, presente em 58% a 73% dos pacientes (RAMOS *et al.*, 2020; CORDIOLI, 2001).

Os ISRS são considerados a primeira linha de tratamento para depressão, com boa margem terapêutica e pouca necessidade de reajustes de dose, apresentando como mecanismo de ação a inibição da recaptação de serotonina, o que propicia maior concentração desse neurotransmissor na fenda

sináptica e estimulação contínua dos receptores de serotonina (5-HT) pós-sinápticos (CORONA *et al.*, 2009). Apesar de serem seletivos para o sistema 5-HT, são inespecíficos para diferentes receptores 5-HT, com isso estimulam os receptores 5-HT1 com efeitos ansiolíticos estimulam os receptores 5-HT2, comumente causando ansiedade, insônia e disfunção sexual, e os receptores 5HT3, quase sempre resultando em náuseas e cefaleia (CORONA *et al.*, 2009).

O objetivo deste estudo foi esclarecer como os mecanismos de ação dos ISRS, relacionado com as disfunções sexuais e com os impactos negativos na terapêutica, bem como discutir quais as principais formas de manejar esse paciente, destacando-se o uso de antídotos e substitutos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada durante o mês de março e abril de 2021, tendo o intuito de identificar a relação da fluoxetina com a disfunção sexual. A princípio, foram realizadas pesquisas nas bases de dados PubMed e SciELO, utilizando-se os descritores: “*Antidepressant Drugs*”, “*Erectile Dysfunction*”, “*Libido*”, “*Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors*”, “*Fluoxetine*”, “*Trazodone*” e “*Mirtazapine*”. A partir disso, foram aplicados os critérios de seleção para os artigos.

Os critérios de inclusão foram: textos completos, publicados a partir de 1987 e com idiomas inglês, português ou francês, dando-se maior enfoque naqueles publicados nos últimos cinco anos. A partir desses critérios foram selecionados 13 artigos, os quais foram analisados com afinco para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva juntamente com a discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A psiquiatria e neurologia tem a fluoxetina como um dos principais medicamentos utilizados no tratamento do TDM. Estima-se que entre os anos 1987 e 2000, aproximadamente 40 milhões de pessoas fizeram uso desse fármaco para o tratamento da doença que os acometia (WONG *et al.*, 2005). É provável, ainda, que esse número esteja crescendo com o aumento dos casos de depressão e outras psicoses, uma vez que 30,1% dos pacientes que sofrem de TDM são tratados com fluoxetina (RAMOS *et al.*, 2020; CORDIOLI, 2001).

No entanto, apesar desse transtorno ser tratado com êxito em 60 a 70% dos casos, em boa parte graças ao fármaco em questão, não se pode deixar de lado os efeitos adversos relacionados ao seu uso (WONG *et al.*, 2005). Entre eles estão: náuseas, sonolência, sudoreses, tremores, astenia, vertigem, mucosas ressecadas (principalmente a bucal), insônia, constipação, diarreia, perda de apetite e a disfunção sexual (DS) (KHAMBA *et al.*, 2013).

Esse último é um termo utilizado para se referir a fatores que impossibilitam ou dificultam o ato sexual. Sendo assim, a dificuldade para sustentar a ereção, lubrificação, ou até mesmo o desejo, é assim classificada (DORDING & SANGERMANO, 2018). Sabe-se que pessoas com TDM têm maiores chances de desenvolverem alguma DS se comparadas à população em geral. Espera-se, portanto, que os mesmos demonstrem uma preocupação especial com a manutenção da sua vida sexual/amorosa (KENNEDY & RIZVI, 2009). Por essa razão, é grande a procura por métodos e tratamentos que possibilitem um relacionamento satisfatório para ambos parceiros, ao mesmo

tempo em que há a necessidade de tratamento da depressão com a fluoxetina, por exemplo.

Neste momento, é válida a explicação do mecanismo de ação da fluoxetina a fim de possibilitar a compreensão para a provável causa da disfunção sexual associada ao seu uso, a qual chega a estar presente em 58% a 73% dos pacientes (RAMOS *et al.*, 2020; CORDIOLI, 2001). Primeiramente, a fluoxetina é um medicamento cuja função é inibir a recaptação de serotonina da fenda sináptica de volta para o neurônio pré-sináptico. A serotonina (5-hidroxitriptamina ou 5-HT), neurotransmissor de ação rápida, é produzida em dois sítios no organismo: Os núcleos da rafe (tronco encefálico) e na mucosa intestinal (DAVID & GARDIER, 2016). Esta é produzida a partir de reações intracelulares que têm como matéria-prima o triptofano, o qual pode ser adquirido através da alimentação.

A sequência de acontecimentos a seguir demonstra como a 5-HT é produzida e chega aos seus sítios de ação: I – Triptofano é convertido em 5-hidroxitriptofano (5-HTP) pela enzima triptofano-hidroxilase (TH); II – 5-HTP é catalisado em 5-HT (serotonina) pela enzima aminoácido aromático descarboxilase (AACD); III – A 5-HT é então, armazenada em vesículas; IV – As vesículas, após a passagem do potencial de ação, liberam seu conteúdo na fenda sináptica; V – a serotonina liga-se aos seus receptores no neurônio pós-sináptico; V – após isso, reentram no neurônio pré-sináptico por meio da proteína transportadora de 5-HT; VI – A partir desse momento, a serotonina pode ser degradada pela monoamina oxidase (MAO) em ácido 5-hidroxi indol acético (5-HIAA) ou armazenada novamente em vesículas para ser reutilizada (DAVID & GARDIER, 2016)

A partir disso, pode-se perceber o alvo da Fluoxetina, a qual inibe a recaptação da serotonina de volta para o neurônio pré-sináptico ao se ligar ao transportador desse neurotransmissor. Isso permite a permanência do mesmo por mais tempo na fenda sináptica e a maior probabilidade de ativação dos receptores de membrana do neurônio pós-sináptico.

Vale lembrar que além dessa, há outras teorias que também explicam o mecanismo de ação da fluoxetina, sobretudo as que envolvem a adaptação dos receptores de serotonina, ocorrendo o aumento do nível sérico e cortical desse neurotransmissor. Nesses casos, existem evidências de que com uso crônico do medicamento em questão, pode haver a dessensibilização dos autorreceptores 5-HT_{1A} e 5-HT_{1B} da rafe, os quais regulam negativamente a liberação da serotonina nos terminais sinápticos, desimpedindo a liberação de 5-HT e levando ao aumento da sua quantidade no organismo (CABALLERO *et al.*, 2014).

A serotonina, então, exerce suas funções no Sistema Nervoso Central e tecidos periféricos. São elas: termorregulação; nocicepção; memória e aprendizagem; sono; prazer na alimentação; peristaltismo; contrações do músculo liso; vasoconstrição periférica; hemostasia; funcionamento dos linfócitos e comportamento sexual (DAVID & GARDIER, 2016).

Com relação ao comportamento sexual, sabe-se que a serotonina tem efeitos tanto excitatórios, quanto inibitórios. Acredita-se que essa relação mista se deva aos seus subgrupos de receptores. Há evidências de que receptores 5-HT₂ sejam inibitórios para a função sexual, enquanto receptores 5-HT₁ sejam facilitadores do intercuro sexual. Somado a isso, Svensson (1984, *apud*

Ramasubbu, 1999), em seu estudo, defende a ideia de que a 5-HT causa relaxamento dos músculos lisos envolvidos no orgasmo e ejaculação, o que explicaria o prolongamento do intercuro sexual em pacientes com ejaculação precoce ou a anorgasmia relatada por outros que fazem uso da fluoxetina. Essas suspeitas são sustentadas por meio de testes em animais que recebem agonistas e antagonistas desses receptores, os quais manifestaram efeitos diferentes de acordo com o estímulo dos mesmos (BITRAN & HULL, 1987). Nesse sentido, a farmacogenética, cujo objetivo é o de identificar como as variações genéticas afetam o tratamento por determinado fármaco, tem auxiliado na regulação da dosagem, a fim de alcançar o limiar terapêutico desejado para cada paciente (MARUF *et al.*, 2019).

Há também estudos em humanos, sobretudo epidemiológicos, sobre a relação da fluoxetina e DS. Nesse contexto, com o objetivo de estudar quantitativamente o efeito da fluoxetina e seus efeitos adversos na DS (perda da libido, função orgástica em pacientes do sexo feminino ou função erétil e ejaculatória em pacientes do sexo masculino), o estudo feito por Ramasubbu (1999) demonstrou que entre os cinco pacientes que receberam fluoxetina em doses de 20 a 40 mg por dia, tiveram libido diminuída relacionada ao tratamento com resposta orgástica pobre ou insuficiência erétil parcial, e uma paciente teve desejo sexual aumentado com estimulação clitoriana intensa.

Outro estudo, analisou somente pacientes do sexo masculino. Nele Hsu *et al.* (1995) demonstraram que, dentre 56 pessoas medicadas com ISRS, os efeitos colaterais sexuais masculinos foram 43% (12/30) para a fluoxetina, 47% (7/15) para a paroxetina e 36% (4/11) sertralina.

Diante do assunto supracitado, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, Ramasubbu (1999) descreve a administração da moclobemida em doses padrão (300 a 600 mg por dia) como uma alternativa eficaz da DS causada pela fluoxetina. Além disso, a sua eficácia no tratamento dos sintomas da depressão foi comparável ao da fluoxetina. Ademais, relatos mostram que a interação medicamentosa da fluoxetina com diversos fármacos, a exemplo do bupropiona, têm revertido a DS causada pelo uso do inibidor seletivo de recaptção de serotonina (LABBATE & POLLACK, 1994).

Ainda, escolhas atípicas para o tratamento do TDM, a exemplo da trazodona e mirtazapina, têm surtido efeito contra a DS dependente do uso da fluoxetina. No entanto, sabe-se que a trazodona inibe, além da recaptção de serotonina, receptores de histamina e alfa-1-adrenérgicos, o que pode fazer com que o paciente se sinta sonolento ou vertiginoso, fazendo-se necessário o seu uso durante a noite ou após a relação sexual (SHIN & SAADABADI, 2020). No caso da mirtazapina, antidepressivo da classe dos tetracíclicos, estudos mostram que seu uso concomitante ao da fluoxetina favorece efeitos sinérgicos com menores índices de DS entre os pacientes, o que facilitaria a

continuidade no tratamento apesar de haverem efeitos colaterais não relacionados à DS (SCHNEIER *et al.*, 2015).

Fica evidente, a partir dos vários efeitos medicamentosos sobre o organismo, a importância da boa relação médico-paciente para a identificação do melhor fármaco e possíveis coadjuvantes, bem como a dosagem dos mesmos, a fim de alcançar os efeitos desejados.

CONCLUSÃO

Diante do discutido, é necessário destacar que, apesar de conhecido o mecanismo de ação da fluoxetina, há falta de estudos e meta-análises mais recentes, bem como avaliação criteriosa da farmacodinâmica que ocasiona os efeitos colaterais debatidos. Além disso, existem outros pontos a serem destacados, os quais devem ser melhor abordados em futuros estudos, a exemplo das terapias substitutivas e da caracterização do impacto do uso de inibidores da recaptção seletiva de serotonina na população em geral na adesão ao tratamento. Sendo assim, recomenda-se a realização de estudos ainda mais acurados e atuais para definir se há real relação entre a fluoxetina e a disfunção sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BITRAN, D. & HULL, E.M. Pharmacological analysis of male rat sexual behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 11, p. 365, 1987.

CABALLERO, L.P. *et al.* Fluoxetine: a case history of its discovery and preclinical development. *Expert Opinion on Drug Discovery*, v. 9, p. 567, 2014.

CORDIOLI, A.V. Principais efeitos colaterais das drogas antiobsessivas e seu manejo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, p. 58, 2001.

CORONA, G. *et al.* Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 6, p. 1259, 2009.

DAVID, D.J. & GARDIER, A.M. Les bases de pharmacologie fondamentale du système sérotoninergique : application à la réponse antidépressive. *L'Encéphale*, v. 42, p. 255, 2016.

DORDING, C.M. & SANGERMANO, L. Female sexual dysfunction: natural and complementary treatments. *FOCUS*, v. 16, p. 19, 2018.

HSU, J.H. & SHEN, W.W. Male Sexual side effects associated with antidepressants: A descriptive clinical study of 32 patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 25, p. 191, 1995.

IBANEZ, G. *et al.* Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, p. 556, 2014.

KENNEDY, S.H. & RIZVI, S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 29, p. 157, 2009.

KHAMBA, B. *et al.* Efficacy of acupuncture treatment of sexual dysfunction secondary to antidepressants. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, v. 19, p. 862, 2013.

LABBATE, L. & POLLACK, M. Treatment of fluoxetine-induced sexual dysfunction with bupropion: A case report. *Annals of Clinical Psychiatry*, v. 6, p. 13, 1994.

MARUF, A.A. *et al.* Antidepressant pharmacogenetics in children and young adults: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, v. 254, p. 98, 2019.

RAMASUBBU, R. Switching to moclobemide to reverse fluoxetine-induced sexual dysfunction in patients with depression. v. 24, p. 45, 1999.

RAMOS, L.R. *et al.* Nationwide use of psychotropic drugs for treatment of self-reported depression in the Brazilian urban adult population. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, p. e200059, 2020.

SCHNEIER, F.R. *et al.* Combined mirtazapine and SSRI treatment of PTSD: a placebo-controlled trial. *Depression and Anxiety*, v. 32, p. 570, 2015.

SHIN, J.J. & SAADABADI, A. Trazodone. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2020.

WONG, D.T. *et al.* The Discovery of Fluoxetine Hydrochloride (Prozac). *Nature Reviews Drug Discovery*, v. 4, p. 764, 2005.

CAPÍTULO 35

DEPRESSÃO PUERPERAL: CONHECER PARA INTERVIR

*Palavras-chave: Depressão Pós Parto; Depressão Puerperal; Puerpério;
Psicopatologia*

FERNANDA SANTI SILVEIRA¹
TAUANE DA MATA VIEIRA OLIVEIRA¹
LUCAS SILVEIRA BENEVIDES²

1. Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

2. Médico Psiquiatra, docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.



INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional, as diversas modificações fisiológicas, psicológicas, sociais e familiares que ocorrem de maneira acelerada, têm impacto importante na saúde psíquica das gestantes, podendo resultar em adoecimento e desenvolvimento de psicopatologias, como a depressão puerperal (CAMACHO *et al.*, 2006).

A depressão pós-parto (DPP) é uma condição que aflige cerca de 200 puérperas a cada 1.000 nascimentos no mundo, tendo maior prevalência entre os países menos desenvolvidos. É considerada uma patologia grave de saúde materna, que interfere diretamente no bem-estar da puérpera, no relacionamento do binômio mãe-bebê e, por consequência, no desenvolvimento infantil (PEREIRA & LOVISI, 2008; LEUNG *et al.*, 2005). A DPP é, ainda, a complicação mais prevalente do parto, sendo o suicídio em decorrência desta condição o responsável por 20% das mortes maternas durante o puerpério. Devido a sua alta prevalência e potencial de morbimortalidade, é considerada uma questão de saúde pública (PAYNE & MAGUIRE, 2019).

É uma condição frequentemente subdiagnosticada e subtratada, sendo de extrema importância conhecer e investigar os diferentes fatores de risco para o desenvolvimento da depressão puerperal, bem como sua apresentação e tratamento (STEWART & VIGOD, 2019). O presente estudo tem por objetivo identificar fatores associados à ocorrência de depressão puerperal, sinais e sintomas da patologia e as principais possibilidades de intervenção.

MÉTODO

O presente artigo compreende uma pesquisa de delineamento bibliográfico de natureza exploratória realizada a partir de referências relacionadas ao tema, com data de publicação de 1995 a 2021. Consultaram-se as seguintes bases de dados: PubMed, SciELO e MEDLINE.

Foram selecionadas produções em língua portuguesa e inglesa, com abordagem completa ou parcial do tema, utilizando-se os seguintes descritores: "Depressão Pós Parto", "Depressão Puerperal" e "Postnatal Depression". A pesquisa inicial resultou em 187 publicações, e 145 foram excluídas segundo os seguintes critérios de exclusão: editoriais, publicações duplicadas, artigos com acesso restrito e publicações que tangenciavam o tema central. Foram utilizadas, ao final, 42 publicações para a elaboração do presente artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o nascimento de uma criança, cerca de 20 a 40% das puérperas experimentam alguma disfunção cognitiva ou emocional no período, como a depressão puerperal, baby blues ou tristeza materna e psicose puerperal (SADOCK, 2017). Enquanto a tristeza materna é um fenômeno de grande incidência, com início nas primeiras 2 semanas após o parto, e de duração autolimitada, a depressão puerperal é caracterizada por ser um fenômeno prolongado de início mais tardio (STOWE & NEMEROFF, 1995).

A prevalência da depressão puerperal no Brasil apresenta-se muito semelhante à prevalência mundial. Enquanto no Brasil, há variação em torno de 12 a 19%, a nível

mundial, é estimado um valor de cerca de 10 a 20% de casos (STUART *et al.*, 1998; HOWARD *et al.*, 2014). Entretanto, segundo Ferguson *et al.* (2002), o percentual de casos estimado pode não representar proporções reais, uma vez que se estima que há subdiagnóstico em cerca de 50% dos casos.

Destaca-se que entre 3 e 6% das mulheres terão início de um episódio depressivo maior durante a gestação ou após o parto. Além disso, 50% dos episódios depressivos maiores no “pós parto” na verdade se iniciaram antes do parto, sendo então chamados de episódios no periparto (APA, 2014).

Fatores de risco e proteção

O puerpério é um momento de grande estresse e adaptação à nova rotina. Nesse período, a mulher apresenta modificações corporais e várias mudanças hormonais, além de precisar lidar com alterações de sua vida devido à dinâmica do bebê. Ademais, há uma grande carga emocional relacionada ao parto e aos novos medos, principalmente quando é uma gravidez de um primípara (RODRIGUES, 2011).

Dentre os fatores de risco para que a mulher desenvolva DPP, destaca-se as experiências de vida adversas anteriores, como abuso sexual, a história de depressão ou de ansiedade e a falta de suporte social (PAYNE & MAGUIRE, 2019; HOWARD *et al.*, 2013). Ainda, segundo Camacho *et al.* (2006), a menoridade materna, baixa escolaridade e nível socioeconômico, ausência de um cônjuge e a gestação indesejada também constituem fatores de vulnerabilidade, que podem culminar no desenvolvimento da patologia.

Por outro lado, existem ainda fatores protetores em relação ao desenvolvimento da DPP. Dentre esses fatores, destaca-se uma relação cooperativa e harmoniosa, o apoio e suporte recebido pela gestante tanto da equipe médica, quanto do parceiro e da família e o planejamento da gravidez (HARTMANN *et al.*, 2017).

Sendo assim, a DPP não tem apenas uma causa, mas possivelmente é resultado de uma combinação de fatores físicos e emocionais, sem haver distinção entre idade, etnia ou situação econômica. As quedas dos níveis de estrógeno e progesterona geram mudanças cerebrais que podem alterar o humor da paciente, principalmente quando associada com outros fatores (RATTI *et al.*, 2020).

Quadro clínico materno

A depressão puerperal geralmente tem início nas primeiras quatro semanas após o parto, podendo ter seu pico de intensidade máxima nos seis primeiros meses. Os sinais e sintomas são bastante semelhantes àqueles apresentados por pacientes com transtorno depressivo maior, que se desenvolvem em mulheres durante outros períodos do ciclo vital. Para a mãe, os sintomas mais prevalentes são humor deprimido, desânimo persistente, choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade, sentimento de culpa, alterações de sono, como hipertonía ou insônia, modificação do apetite e libido, ideação suicida, medo de machucar o filho e a capacidade de concentração prejudicada (MORAES *et al.*, 2006).

A puérpera pode ainda apresentar retraimento importante, isolando-se de seu meio social. Quadros graves podem evoluir com tentativa de autoextermínio, sendo esta

causa responsável por até 20% das mortes no período puerperal (LINDAHL *et al.*, 2005). Em relação a duração do quadro, grande parte dos casos atingem remissão em alguns meses com a instituição do tratamento adequado, mas segundo Campbell (1997), 24% das mulheres com DPP mantém o quadro depressivo após 12 meses do nascimento do filho, e até 13% mantém sintomas em até 2 anos.

A ocorrência do transtorno depressivo materno não aflige apenas a mãe, impactando na capacidade desta de criar laços emocionais com o filho, prejudicando o desenvolvimento cognitivo, comportamental e emocional da criança (DEAVE *et al.*, 2008).

Impactos no desenvolvimento infantil

Os primeiros mil dias de uma criança são cruciais para um bom desenvolvimento e crescimento, uma vez que nesse período ocorre intenso desenvolvimento fisiológico e emocional. A ocorrência da depressão após o parto tem o potencial de impactar diretamente neste período, podendo ocasionar um desfecho negativo no desenvolvimento infantil (BECK, 1998).

Segundo Suri *et al.* (2014) e Murray *et al.* (2003), os filhos de mulheres com DPP apresentam-se em risco de desenvolvimento de alterações emocionais, comportamentais, cognitivas e de distúrbios de crescimento e desenvolvimento. Além disso, a ocorrência de DPP pode acarretar em alterações na saúde geral da criança.

Durante o curso da depressão puerperal, a ocorrência de sintomas como desânimo, humor deprimido, tristeza, sentimentos de culpa, ideação suicida, rejeição da criança, entre outros,

frequentemente impacta na relação do binômio mãe-bebê, podendo resultar em dificuldades de interação com a criança, abandono da amamentação e falha no cuidado.

Segundo Dennis e McQueen (2009), mães depressivas parecem apresentar maiores dificuldades no processo de amamentação de seus filhos e são mais propensas a interromper o aleitamento. Ainda, tem maior propensão a introdução fórmula infantil e a iniciar a alimentação complementar precocemente, podendo gerar importantes repercussões na saúde nutricional e global da criança. Ainda, estudos realizados por Rahman *et al.* (2004) demonstram que crianças filhas de mães que desenvolveram depressão puerperal apresentaram mais sintomas gastrointestinais quando comparadas aquelas filhas de mães saudáveis. Ainda, crianças filhas de mães com DPP também apresentaram maior número de hospitalizações e visitas a serviços de emergência (MINKOVITZ *et al.*, 2005).

Diagnóstico

Inúmeras vezes as puérperas são examinadas em consultas focadas em sua recuperação física após o parto, mas sem levar em consideração a identificação de sintomas da depressão, o que impede não só o reconhecimento precoce dessa condição, mas também a falta de prevenção e o tratamento precoce (MENEZES *et al.*, 2012).

Em alguns momentos, os sintomas manifestados pelas pacientes com DPP podem ser confundidos pela equipe de saúde como oriundos das modificações do ciclo vital devido ao nascimento dos filhos. Queixas como mudança nos padrões de sono, alterações de apetite e fadiga excessiva podem ser atribuídas a adaptação à nova rotina da

família e, conseqüentemente, não despertarem a atenção dos profissionais quanto à possibilidade de transtorno depressivo (BOYD *et al.*, 2005).

A depressão puerperal e o transtorno depressivo maior não relacionado a gestação compartilham os mesmos critérios diagnósticos, que incluem a presença de humor depressivo, perda de interesse, anedonia, distúrbios do sono e apetite, alterações da concentração distúrbios psicomotores, sensação de fadiga, sentimentos de culpa ou menos valia e pensamentos suicidas. Para o diagnóstico, é necessária a associação de 5 sintomas, em pelo menos 2 semanas, ocorrendo 4 semanas após o parto, e que causem prejuízo funcional importante, não atribuíveis a outras causas (APA, 2014).

Além disso, 20% dos casos de DPP incluem labilidade de humor, ansiedade, irritabilidade e preocupações excessivas (WISNER *et al.*, 2013). Em alguns casos, há ainda o desejo de ferir a criança, sendo necessária intervenção imediata a fim de possibilitar o bem estar e segurança do recém-nascido (STEWART & VIGOD, 2016).

Ainda, pode-se utilizar escalas validadas para avaliação do quadro de depressão puerperal, como a Escala de Depressão Pós Natal de Edinburgh (Quadro 35.1), que avalia dez itens que podem ser graduados de 0-3 pontos, sendo que o escore maior ou igual a 12 indica alta probabilidade de DPP. Essa escala é de grande valia na triagem da DPP, já que é rápida e de fácil aplicação, podendo assim aumentar os índices de diagnóstico e tratamento da condição clínica (FIGUEIRA *et al.*, 2009).

Quadro 35.1. Escala de Depressão Pós Natal de Edinburgh

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas ☐ Como eu sempre fiz ☐ Não tanto quanto antes ☐ Sem dúvida, menos que antes ☐ De jeito nenhum	2. Eu tenho pensado no futuro com alegria ☐ Sim, como de costume ☐ Um pouco menos que de costume ☐ Muito menos que de costume ☐ Praticamente não
3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado ☐ Não, de jeito nenhum ☐ Raramente ☐ Sim, às vezes ☐ Sim, muito frequentemente	4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão ☐ Sim, muito seguido ☐ Sim, às vezes ☐ De vez em quando ☐ Não, de jeito nenhum
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo ☐ Sim, muito seguido ☐ Sim, às vezes ☐ Raramente ☐ Não, de jeito nenhum	6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia ☐ Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles ☐ Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes ☐ Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles ☐ Não. Eu consigo lidar com ele tão bem quanto antes
7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir ☐ Sim, na maioria das vezes ☐ Sim, algumas vezes ☐ Raramente ☐ Não, nenhuma vez	8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal ☐ Sim, na maioria das vezes ☐ Sim, muitas vezes ☐ Raramente ☐ Não, de jeito nenhum
9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado ☐ Sim, a maior parte do tempo ☐ Sim, muitas vezes ☐ Só de vez em quando ☐ Não, nunca	10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma ☐ Sim, muitas vezes ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

Fonte: SANTOS *et al.*, 2007.

Diagnósticos diferenciais

É estimado que 50% a 80% das mulheres irão desenvolver tristeza puerperal, que é um distúrbio psíquico leve e transitório. Nesses casos, ocorre a remissão espontânea dos sintomas (choro, irritabilidade, flutuação de humor) em até 10 dias e o mais importante é equilibrar as emoções da puerpera (SILVA & BOTTI, 2005).

Ademais, no pós parto é necessário avaliar não só os sintomas típicos da depressão, mas também a psicose puerperal, que é uma emergência psiquiátrica que tem potencial risco de suicídio e até mesmo de infanticídio. Assim, é necessário avaliar se estão presentes delírios e alucinações para o diagnóstico mais rápido possível (MUGHAL *et al.*, 2021). Além disso, é fundamental diferenciar a DPP de um hipotireoidismo. Os dois quadros podem ter sintomas semelhantes, e alguma evidências literárias trazem que alterações tireoidianas podem predispor à depressão (RUSCHI *et al.*, 2009).

Intervenção

O manejo efetivo do quadro de DPP requer uma intervenção multidisciplinar. Uma vez identificada a condição, deve-se implementar medidas visando o autocuidado materno, suporte emocional e a redução da ocorrência de eventos negativos ou estressores. Dentre as medidas passíveis, a prática de exercícios físicos e a melhora do padrão de sono do recém-nascido - que permite melhorias no sono materno - parecem ser relevantes na redução inicial dos sintomas, auxiliando na melhora do bem estar materno (PRITCHETT *et al.*, 2017; KEMPLER *et al.*, 2016).

Nos casos de DPP leve a moderada, são necessárias estratégias adicionais para o alcance da remissão. Pode-se usar a psicoterapia como tratamento de primeira linha, sendo a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e a Terapia Interpessoal (TI) formas efetivas de abordagem (LETOURNEAU *et al.*, 2017). Além da psicoterapia, as mulheres com depressão moderada a grave, ou que não atingem a remissão apenas com psicoterapia, podem se beneficiar também de terapia medicamentosa. A primeira linha de medicações antidepressivas corresponde aos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), devido a sua mínima interferência no leite materno e raros efeitos colaterais que impactam no bem estar do lactente (MOLYNEAUX *et al.*, 2014).

Outras opções medicamentosas podem ser utilizadas quando o objetivo terapêutico não é atingido com os ISRS, como os Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN) e a mirtazapina, que parecem apresentar menor passagem pelo leite materno do que as demais medicações, apesar de haver menos informações consolidadas a respeito do impacto na amamentação (SMIT *et al.*, 2016; SIGURDSSON *et al.*, 2015).

A Eletroconvulsoterapia (ECT) surge também como uma opção para o tratamento de DPP em pacientes com quadros graves, resistentes a outras terapias, principalmente na ocorrência de sintomas suicidas e psicóticos (GRESSIER *et al.*, 2015).

Além disso, novas pesquisas utilizando Estimulação Magnética Transcraniana (EMTr) repetitiva estão sendo feitas, o que pode funcionar em mulheres que desejam amamentar e se preocupam com a interação amamentação-antidepressivo. Em

casos graves de depressão periparto com psicose, o paciente deve ser encaminhado ao acompanhamento psiquiátrico (GUILLE *et al.*, 2013).

CONCLUSÃO

A depressão puerperal é uma patologia prevalente, com potencial de morbimortalidade importante. Sua ocorrência não atinge apenas a mãe, mas pode impactar negativamente na relação entre a mãe e o recém-nascido, bem como no desenvolvimento da criança.

Os transtornos mentais durante o período puerperal podem ser pouco valorizados e, em função disso, diagnosticados tardiamente pela equipe de saúde. Dessa forma, é essencial que os profissionais da saúde tenham conhecimento quanto às transformações biopsicossociais que as puérperas vivenciam e os fatores de risco para o desenvolvimento da DPP.

Além disso, é necessário que estejam preparados para o pronto reconhecimento da condição, e possibilidades de intervenção, uma vez que a identificação precoce do quadro é de suma importância para a prevenção de agravos para a mãe e a criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA - American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BECK, C.T. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Archives Of Psychiatric Nursing*, v. 12, p. 12, 1998.
- BOYD, R.C. *et al.* Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives Of Women's Mental Health*, v. 8, p. 141, 2005.
- CAMACHO, R.S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista De Psiquiatria Clínica*, v. 33, p. 92, 2006.
- CAMPBELL, S.B. The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. In: P J cooper. *Postpartum depression and child development*. : Guilford Press, 1997. p. 165-197.
- DEAVE, T. *et al.* The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, v. 115, p. 1043, 2008.
- DENNIS, C & MCQUEEN, K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, v. 123, p. 736, 2009.
- FERGERSON, S.S. *et al.* Diagnosing postpartum depression: can we do better?. *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, v. 186, p. 899, 2002.
- FIGUEIRA, P. *et al.* Escala de depressão pós-natal de edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Revista De Saúde Pública*, v. 43, p. 79, 2009.
- GRESSIER, F. *et al.* Postpartum electroconvulsive therapy: a systematic review and case report. *General Hospital Psychiatry*, v. 37, p. 310, 2015.
- GUILLE, C. *et al.* Management of postpartum depression. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, v. 58, p. 643, 2013.
- HARTMANN, J.M. *et al.* Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 2017.
- HOWARD, L.M. *et al.* Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine*, v. 10, e1001452, 2013.
- HOWARD, L.M. *et al.* Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, v. 384, p. 1775, 2014.
- KEMPLER, L. *et al.* Do psychosocial sleep interventions improve infant sleep or maternal mood in the postnatal period? a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, v. 29, p. 15, 2016.
- LETOURNEAU, N.L. *et al.* The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: a systematic review. *Depression And Anxiety*, v. 34, p. 928, 2017.
- LEUNG, S. *et al.* Stress in women with postpartum depression: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, v. 51, p. 353, 2005.
- LINDAHL, V. *et al.* Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Womens Mental Health*, v. 8, p. 77, 2005.
- MENEZES, F.L. *et al.* Depressão puerperal, no âmbito da saúde pública. *Revista Saúde, Santa Maria*, v. 38, p. 21, 2012.
- MINKOVITZ, C.S. *et al.* Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*, v. 115, p. 306, 2005.
- MOLYNEAUX, E. *et al.* Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, CD002018, 2014.
- MORAES, I.G.S. *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista De Saúde Pública*, v. 40, p. 65, 2006.
- MUGHAL, S. *et al.* Postpartum Depression. *Treasure Island (FL) :StatPearls*, 2020.
- MURRAY, L. *et al.* Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression: 2. impact on the mother-child relationship and child outcome. *The British Journal of Psychiatry*, v. 182, p. 420, 2003.
- PAYNE, J.L & MAGUIRE, J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers In Neuroendocrinology*, v. 52, p. 165, 2019.
- PEREIRA, P.K. & LOVISI, G.M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Archives Of Clinical Psychiatry*, v. 35, p. 144, 2008.

PRITCHETT, R.V. *et al.* Does aerobic exercise reduce postpartum depressive symptoms? a systematic review and meta-analysis. *British Journal Of General Practice*, v. 67, p. 684, 2017.

RAHMAN, A. *et al.* Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives Of General Psychiatry*, v. 61, p. 946, 2004.

RATTI, G.S. *et al.* Sinais e sintomas da depressão pós parto. *Brazilian Journal Of Health Review*, v. 3, p. 15429, 2020.

RODRIGUES, O.M.P. & SCHIAVO, R.A. Stress na gestação e puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, v. 33, p. 252, 2011.

RUSCHI, G.E.C. *et al.* Alteração tireoidiana: um fator de risco associado à depressão pós parto?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 9, p. 207, 2009.

SADOCK, B.J. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTOS, I.S. *et al.* Validation of the edinburgh postnatal depression scale (epds) in a sample of mothers from the 2004 pelotas birth cohort study. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 2577, 2007.

SIGURDSSON, H.P. *et al.* Steady-state serum concentrations of venlafaxine in patients with late-life depression. impact of age, sex and bmi. *Journal Of Neural Transmission*, v. 122, p. 721, 2015.

SILVA, E.T. & BOTTI, N.C.L. Depressão puerperal – uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica De Enfermagem, Goiânia*, v. 7, p. 231, 2005.

SMIT, M. *et al.* Mirtazapine in pregnancy and lactation- a systematic review. *Europeias Neuropsychopharmacology*, v. 26, p. 126, 2016.

STEWART, D.E. & VIGOD, S.N. Postpartum depression. *New England Journal Of Medicine*, v. 375, p. 2177, 2016.

STEWART, D.E. & VIGOD, S.N. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual Review Of Medicine*, v. 70, p. 183, 2019.

STOWE, Z.N. & NEMEROFF, C.B. Women at risk for postpartum-onset major depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 186, p. 639, 1995.

STUART, S. *et al.* Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 186, p. 420, 1998.

SURI, R. *et al.* Acute and long-term behavioral outcome of infants and children exposed in utero to either maternal depression or antidepressants: a review of the literature. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, v. 75, p. 1142, 2014.

WISNER, K.L. *et al.* Onset timing of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, v. 70, p. 490, 2013.

CAPÍTULO 36

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA PELA COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Palavras-chave: COVID-19; Burnout; Profissionais de Saúde

CAROLINE DOURADO PINHEIRO¹
ANA LUIZA NAVES PRUDENTE¹
BRUNA ALMEIDA MORALES¹
CELSO HENRIQUE DENÓFRIO GARROTE¹
GABRIELA COUTO ANDRADE¹
NATÁLIA RIBEIRO SILVÉRIO¹
LUIZ HENRIQUE FERNANDES MUSMANNO²

1. Discente - Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

2. Docente - Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.



INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, na cidade chinesa Wuhan, foram relatados os primeiros casos da doença do coronavírus 2019 (COVID-19) e, pouco tempo depois, devido seu caráter altamente contagioso (WU *et al.*, 2020; ZERBINI *et al.*, 2020), estava instalada no mundo uma pandemia, gerando um cenário inédito de incertezas, crises e solidão que se espalhou pelo planeta.

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) pertence à família Coronaviridae, sendo um vírus grande de RNA de sentido positivo, composto por quatro gêneros: alfa, beta, delta e gama. Sendo que até 2019, já existiam e eram reconhecidos 6 diferentes tipos de coronavírus humanos: HCoV-229E, OC43, NL63, HKU1, SARS-CoV e MERS-CoV (ARSHAD ALI *et al.*, 2020).

Em relação a forma de contágio, trata-se de uma doença de transmissão respiratória, através de gotículas aéreas (WU *et al.*, 2020). Com um período de incubação de 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias. Já o quadro clínico é caracterizado por uma Síndrome Gripal - com febre, tosse, dispneia, mialgia e fadiga, sintomas respiratórios superiores e os sintomas gastrointestinais, como a diarreia, variando desde uma apresentação leve e assintomática, até uma apresentação grave, incluindo choque séptico e falência respiratória (BRASIL, 2020).

Portanto, de maneira a evitar o aumento do número de pessoas infectadas, foram instituídos protocolos de proteção ao contágio pelo SARS-CoV-2. Entre as medidas abordadas, pontua-se: higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool 70%, utilização do lenço descartável para higiene nasal, evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca, higienizar as mãos após tossir ou

espirrar e manter os ambientes bem ventilados. Evitar o contato com pessoas que apresentem sinais ou sintomas da doença também é uma estratégia importante. Além disso, é fundamental o uso da máscara facial e das medidas de isolamento social - em que alguns países evoluíram para o distanciamento social (*lockdown*), com restrições mais severas - restrições essas que proporcionam uma elevada carga emocional (BRASIL, 2020; SHARMA *et al.*, 2021; ZERBINI, *et al.*, 2020).

No entanto, apesar da instituição das medidas de proteção individual e distanciamento social, ao passo em que aumentava o número de casos, aumentava-se o número de internações e, consequentemente, uma sobrecarga súbita do Sistema de Saúde. Diante deste cenário, percebeu-se que o sofrimento psicológico, incluindo insônia, ansiedade e depressão teve expressivo aumento entre profissionais de saúde (BANSAL *et al.*, 2020). Portanto, com essa carga excessiva de trabalho dos profissionais de saúde, é importante alertar para o aumento de pessoas acometidas pela Síndrome de Burnout (SB), visto que está intimamente relacionada com a exaustão laboral. Além disso, outras pesquisas realizadas durante a pandemia pela COVID-19 demonstraram que a prevalência de Burnout em médicos aumentou (CIVANTOS *et al.* 2020), sobretudo devido ao estresse agudo sem precedentes no local de trabalho, agravado por uma alta taxa básica de esgotamento já existente pelos profissionais médicos (RESTAURI & SHERIDAN, 2020).

A SB engloba um conjunto de sinais e sintomas que acometem o indivíduo em resposta aos estressores presentes no meio de trabalho, o qual demonstra "...exaustão emocional, despersonalização e reduzida

realização profissional em decorrência de uma má adaptação do indivíduo a um trabalho prolongado, altamente estressante e com grande carga tensional” (PÊGO & PÊGO, 2016). Portanto, em um contexto de elevada cobrança dos profissionais da saúde, torna-se um grupo vulnerável e propício ao desenvolvimento dessa condição.

Pode-se dizer que os casos de Burnout em profissionais de saúde já possuíam uma elevada taxa antes mesmo do caótico e incerto período pandêmico, de modo que mesmo antes deste, as taxas de Burnout entre os médicos americanos já eram preocupantes (BANSAL *et al.*, 2020). Isso demonstra uma associação pré-existente entre a profissão médica, Burnout e demais desordens psíquicas (RANGACHARI & WOODS, 2020). Entretanto, com a pandemia pela COVID-19, novos fatores estressantes foram somados ao dia a dia desses trabalhadores, tais como o medo de serem infectados, o pouco conhecimento sobre o vírus e o despreparo para lidar com a situação, aumentando ainda mais o risco do desenvolvimento de SB (ZERBINI, *et al.*, 2020; RESTAURI & SHERIDAN, 2020; TURALE *et al.*, 2020).

Visto isso, é de extrema importância identificar os fatores de risco e as formas de prevenção e intervenção da SB em profissionais de saúde atuantes na pandemia pela COVID-19 com o objetivo de reduzir o impacto que essa síndrome pode acarretar para os trabalhadores da área da saúde, para os pacientes e para as organizações de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática, de abordagem qualitativa, a qual objetiva-se identificar fatores de risco e formas de prevenção e intervenção na SB em

profissionais de saúde atuantes na pandemia pela COVID-19.

A revisão sistemática foi realizada utilizando-se a base de dados eletrônicas PubMed, usando como pesquisa os termos Mesh “COVID-19 [Supplementary Concept]” AND “Burnout, Psychological”, encontrando-se 31 artigos no dia 20/07/2020, dos quais excluíram-se editoriais, cartas e leitor e àqueles que não se tratavam de profissionais da saúde da linha de frente ao longo do texto. Foram estabelecidos limites quanto à data de publicação com intervalo de tempo de 2019 a 2020 - até o momento da pesquisa, além do filtro para pesquisas em humanos e nas línguas inglês, português e espanhol. Inicialmente foi realizado a verificação de título, resumo e assunto. Nos casos em que os títulos e resumos não se mostraram suficientes para definir a seleção inicial, procedeu-se à leitura na íntegra da publicação.

Conforme os critérios de inclusão supracitados foram selecionados 16 artigos para leitura na íntegra, sendo selecionados ao fim 13 artigos compatíveis ao tema proposto, de acordo com a questão norteadora do objetivo. As etapas de extração e análise dos artigos foram realizadas por cinco revisores, que desenvolveram esta etapa do trabalho de forma conjunta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pesquisa, na base de dados, os artigos encontrados pertinentes ao tema foram em número escasso; seja pela atualidade do tema escolhido, seja pela ausência de estudos direcionados para esta área em especial.

Quanto aos artigos que relacionaram como fator de risco o sexo e o desenvolvimento da SB nos profissionais em

questão, os artigos de Balasubramanian *et al.* (2020) e Civantos *et al.* (2020) destacaram o sexo feminino como preponderante nesse aspecto. Além do sentimento de ansiedade, os participantes do sexo feminino nesse artigo relataram também angústia e dificuldade de realização de tarefas tanto intra-hospitalares, quanto extra-hospitalares ou de convivência com outras pessoas. No entanto, Elhadi *et al.* (2020) destacam que o sexo masculino pode ser mais propenso a ocultar seus sentimentos e sintomas, podendo assim passar por um processo de subdiagnóstico sindrômico.

Os artigos encontrados também buscaram elucidar a especialidade ou formação do profissional de saúde mais acometido pela SB. Além de comparar profissionais que atuavam em áreas com maior risco de contágio, inerente a atividade exercida, em comparação com aqueles que atuavam em outras áreas e foram convocados para atuar na linha de frente da pandemia. Nesse aspecto, a área de formação do profissional foi respectivamente: os enfermeiros, nos artigos de Turale *et al.* (2020) e Zerbini *et al.* (2020), os cirurgiões no estudo de Rangachari e Woods (2020), anestesiolistas, intensivistas, pneumologistas, enfermeiras e fisioterapeutas respiratórios no artigo de Sasangohar *et al.* (2020) e otorrinolaringologistas nos artigos de Balasubramanian *et al.* (2020) e Civantos *et al.* (2020). Destaca-se que em alguns desses estudos a amostragem selecionada pode ter influência quanto ao profissional em questão.

No estudo de Wu *et al.* (2020), o qual comparou a presença dos sintomas da SB em oncologistas que foram convocados para atuar na linha de frente e oncologistas que se mantiveram em seus locais usuais de trabalho, evidenciou que aqueles que não atuavam em áreas com maior risco de contágio, como em

hospitais específicos para o tratamento dos infectados pela COVID-19, obtiveram índices de SB ligeiramente mais altos do que o outro grupo. Este artigo, propõe que o desconhecimento de protocolos, e a menor sensação de controle da situação por parte desses profissionais, desencadeava insegurança e assim, gerava ansiedade e outros sintomas. Admite-se no estudo que com a suspensão de atividades de rotina eletiva, como determinados procedimentos e consultas, gerou ainda mais estresse nesses profissionais.

Já os estudos de Bansal *et al.* (2020), Civantos *et al.* (2020), Fessell e Cherniss (2019), Rangachari e Woods (2020), Sasangohar *et al.* (2020) e Zerbini *et al.* (2020) evidenciaram a maior incidência da SB nos trabalhadores de linha de frente. Restauri e Sheridan (2020) também destacam que o aumento de diagnósticos de estresse pós-traumático, relacionado principalmente a fatores estressores como: a sensação de perda de controle situacional, a constante exposição a mortes e o medo da própria infecção e infecção de entes próximos, além da possível consequência de isolamento devido a doença. Esse estudo mostrou que no mês inicial após a exposição a situações traumáticas, houve um aumento dos diagnósticos de transtorno de estresse agudo, com inclusão de sintomas semelhantes ao de intrusão, dissociação, humor negativo, evitação e excitação.

Civantos *et al.* (2020) e Wu *et al.* (2020), abordaram que a área geográfica também foi um fator de risco para a incidência de casos de infecção pela COVID-19. O segundo estudo foi conduzido em Wuhan, epicentro da pandemia, e discutiu-se que o acompanhamento da redução de casos na cidade foi um fator protetor e de melhora nos sintomas de ansiedade pelos profissionais

acompanhados. Já o primeiro demonstra que o número relatado de estresse e angústia, em profissionais que trabalharam em estados com mais de 20.000 casos positivos ou 1.000 mortes é maior do que comparado àqueles locais com menores números de casos e óbitos pela infecção.

Nos estudos encontrados foram indicados alguns fatores relacionados ao aumento de ansiedade e exaustão, que se configuravam como fatores de estresse desencadeadores de sinais e sintomas da SB. Esses fatores estão relacionados no Quadro 36.1.

Quadro 36.1. Fatores relacionados ao aumento de sinais e sintomas de Síndrome de Burnout

Fatores Identificados	Artigos Relacionados
Níveis de ocupação dos leitos e quantidade de pacientes	SASANGO HAR <i>et al.</i> , 2020; WU <i>et al.</i> , 2020
Responsabilidade local e nacional	BALASUBRAMANIAN <i>et al.</i> , 2020; SASANGO HAR <i>et al.</i> , 2020
Medo de se contaminar e contaminar familiares ou pessoas próximas	BALASUBRAMANIAN <i>et al.</i> , 2020; RESTAURI & SHERIDAN, 2020; SASANGO HAR <i>et al.</i> , 2020; WU <i>et al.</i> , 2020; ZERBINI <i>et al.</i> , 2020
Mudanças organizacionais como profissionais médicos não especializados em doenças infecciosas necessitando de atuar nessa área	BALASUBRAMANIAN <i>et al.</i> , 2020; WU <i>et al.</i> , 2020; ZERBINI <i>et al.</i> , 2020
Incertezas sobre o futuro da pandemia	WU <i>et al.</i> , 2020 e ZERBINI <i>et al.</i> , 2020
Relatórios de mortalidade pela COVID-19, associado em alguns casos com a falta de informações, condutas e protocolos atualizados sobre a COVID-19	RESTAURI & SHERIDAN, 2020
Falta de planejamento e organização governamental e despreparo dos profissionais como consequência, levando a testagem ineficaz e ausência de protocolos	BALASUBRAMANIAN <i>et al.</i> , 2020; RESTAURI & SHERIDAN, 2020; SASANGO HAR <i>et al.</i> , 2020; TURALE <i>et al.</i> , 2020
Escassez de equipamentos de proteção individual e equipamentos hospitalares como aparatos para ventilação mecânica e intubação	BALASUBRAMANIAN <i>et al.</i> , 2020; CIVANTOS <i>et al.</i> , 2020; RESTAURI & SHERIDAN, 2020; SASANGO HAR <i>et al.</i> , 2020; TURALE <i>et al.</i> , 2020
Sobrecarga de trabalho	BALASUBRAMANIAN <i>et al.</i> , 2020; FRIAS <i>et al.</i> , 2020; WU <i>et al.</i> , 2020
Redução do contato com familiares	BALASUBRAMANIAN <i>et al.</i> , 2020; FRIAS <i>et al.</i> , 2020
Diminuição nas atividades de lazer e socialização	BALASUBRAMANIAN <i>et al.</i> , 2020

Bansal *et al.* (2020) aborda que mais de 70% dos profissionais de saúde da China relataram em inquérito, que durante essa pandemia, apresentaram sintomas de sofrimento psicológico, incluindo insônia, ansiedade e depressão. O fato se torna ainda

mais preocupante ao destacar-se que profissionais da saúde têm incentivo para ocultar sintomas de depressão por receio de colocar privilégios hospitalares ou licenças médicas em perigo de suspensão, levando os

autores do artigo a crer que essa proporção seja subestimada.

Para os fatores desencadeadores da síndrome em questão, relacionam-se algumas consequências, como por exemplo o aumento de erros médicos, evidenciando que o estresse e o esgotamento, em geral, levam a um impacto negativo ao atendimento prestado ao paciente, com risco de negligência médica e erro médico (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; BANSAL *et al.*, 2020; CIVANTOS *et al.*, 2020). Sendo assim, apresentando consequências diretas ao paciente e não somente ao médico.

Também, foram evidenciados a aposentadoria precoce, a desestabilização da vida pessoal, com maior número de divórcios e incidência de violência doméstica associados também a automedicação e dependências químicas – medicamentosa, e outras substâncias (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; BANSAL *et al.*, 2020; CIVANTOS *et al.*, 2020).

Ademais, foram apontados casos de aumento da instabilidade de infraestrutura de saúde, dificultando a continuidade de atendimentos e condutas, bem como o vínculo, devido ao aumento de rotatividade de profissionais de saúde nos estabelecimentos destinados à saúde (CIVANTOS *et al.*, 2020), a falta de protocolos e recursos físicos como quantidade de funcionários o suficiente devido ao aumento da demanda de pacientes, planejamentos claros e programação de horários de trabalho (ZERBINI *et al.*, 2020).

Os artigos apresentaram algumas estratégias adotadas para o enfrentamento da SB, sendo elas a meditação e a técnica *mindfulness* (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; BANSAL *et al.*, 2020; FESSELL & CHERNISS, 2019; RANGACHARI & WOODS, 2020). Alguns serviços de saúde

mental das próprias instituições disponibilizaram conselheiros ou ferramentas para o enfrentamento da situação e aumento da resiliência (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; BANSAL *et al.*, 2020; FESSELL & CHERNISS, 2019; FRIAS *et al.*, 2020; KADHUM *et al.*, 2020; RANGACHARI & WOODS, 2020; RESTAURI & SHERIDAN, 2020; SASANGO HAR *et al.*, 2020; ZERBINI *et al.*, 2020). Alguns serviços particulares ofereceram aulas e atendimentos para aliviar o estresse e ansiedade (BANSAL *et al.*, 2020). Foi implantada a prática de técnicas de relaxamento e respiração (micropráticas) como estratégia de enfrentamento (BANSAL *et al.*, 2020; FESSELL & CHERNISS, 2019; RESTAURI & SHERIDAN, 2020), bem como o artifício de um diário de gratidão, onde os profissionais buscavam compreender e exercitar a positividade e resiliência mediante a situação enfrentada.

O compartilhamento de experiências entre os profissionais e o apoio social dentre esses também foram fatores importantes para o enfrentamento da SB, sendo considerados cruciais para alguns autores (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; CHUA *et al.*, 2020; FESSELL & CHERNISS, 2019; FRIAS *et al.*, 2020; SASANGO HAR *et al.*, 2020; ZERBINI *et al.*, 2020). Também foi apontado como fator protetor para a SB a necessidade de momentos de lazer, associada a redução da carga de trabalho, com horários de trabalho e organização de rotinas adequadas que evitem o esgotamento profissional desses indivíduos (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; CHUA *et al.*, 2020; FESSELL & CHERNISS, 2019; KADHUM *et al.*, 2020; RESTAURI & SHERIDAN 2020; SASANGO HAR *et al.*, 2020; ZERBINI *et al.*, 2020).

Foram destacados também a resiliência pessoal relacionada à religião e espiritualidade (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; FESSELL & CHERNISS, 2019; ZERBINI *et al.*, 2020), indicando melhores condições de enfrentamento, boas estratégias de aceitação e menores taxas de esgotamento. Profissionais que mantiveram práticas saudáveis de vida, tais como: alimentação adequada, exercícios e qualidade do sono também obtiveram menores índices de acometimento. Consideram também como práticas saudáveis: evitar o uso de drogas e álcool, bem como comportamentos de alto risco e o uso exacerbado de mídias sociais, principalmente com conteúdos relacionados à COVID-19, especialmente de forma sensacionalista (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020).

A partir da leitura realizada, percebeu-se que houve um agravamento do estresse relacionado ao trabalho entre os profissionais de saúde, tornando-se um sério problema para os trabalhadores. Esses já sofrem com altas taxas de estresse psicológico, depressão e ansiedade (RANGACHARI & WOODS, 2020), pois, cotidianamente, mesmo antes da pandemia, lidavam diretamente com situações de risco de vida e com uma sobrecarga de plantões (ROTHENBERGER, 2017). Assim, a exacerbação desses eventos leva a um grande desgaste físico e mental entre os profissionais de saúde.

Com a pandemia, houve uma exacerbação dos casos já pré-existentes e um aumento de novos casos de SB entre os trabalhadores na linha de frente. Os altos níveis de ocupação dos leitos (SASANGO HAR *et al.*, 2020; WU *et al.*, 2020), escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs), ventiladores e kits de testagem (TURALE *et al.*, 2020), além da

carga de trabalho excessiva, são fatores importantes nessa realidade (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; FRIAS *et al.*, 2020; WU *et al.*, 2020). Por conseguinte, o surto de casos evidenciou o despreparo governamental por todo o mundo, com falta de planejamento e protocolos coesos (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; RESTAURI & SHERIDAN, 2020; SASANGO HAR *et al.*, 2020; TURALE *et al.*, 2020). A divergência, complexidade e ineficiência desses, trouxeram confusão e instabilidade para o ambiente hospitalar já sobrecarregado (SASANGO HAR *et al.*, 2020).

Desse modo, os relatos de testagem ineficaz, falta de protocolo de atendimento e carência nos estoques adequados de suprimentos médicos foram comuns (SASANGO HAR *et al.*, 2020). Um estudo libanês mostrou que países de recursos escassos e sistemas de saúde vulneráveis, sofrem com as maiores consequências. Entre essas, está a crise na necessidade de profissionais de saúde treinados e recursos especializados para hospitalização de pacientes com COVID-19 (ELHADI *et al.*, 2020).

Nesse contexto, foi observado uma divergência nos estudos em relação a quais profissionais apresentam os maiores índices de estresse e esgotamento, se entre aqueles que trabalhavam em seus locais habituais de trabalho ou entre os trabalhadores na linha de frente do combate ao coronavírus. Uma possível explicação para essa divergência de resultado é o fato de que os profissionais de saúde na linha de frente participantes podem ter tido um melhor controle da situação, com a implementação de novas políticas e procedimentos promulgados no local de

trabalho do estudo, mantendo a equipe segura (WU *et al.*, 2020).

O perfil dos profissionais mais afetados por Burnout durante o cenário pandêmico são os do gênero feminino. Isso se dá sobretudo pelo papel social de cuidadora da mulher e a dupla jornada de trabalho, uma vez que além do trabalho na linha de frente da pandemia, essas profissionais são responsáveis pelos serviços domésticos e o cuidado com os filhos (CIVANTOS *et al.*, 2020). Sendo assim, é de suma importância que essas mulheres recebam o devido apoio social e suporte nas atividades fora do hospital, a fim de que a qualidade do seu trabalho na linha de frente e sua saúde mental não se deteriore (RIBEIRO *et al.*, 2020). Entretanto, é importante salientar que nos artigos analisados não foi levantado a proporção de trabalhadores do sexo feminino e masculino.

Já a categoria profissional mais afetada foi a dos profissionais da enfermagem (TURALE *et al.*, 2020). Esses profissionais são os que passam mais tempo próximos dos pacientes, devido à própria característica da sua atuação ser centrada no cuidado direto à pessoa. Isso os coloca em situação de risco à saúde mental, uma vez que estão expostos tanto a uma maior chance de se infectar quanto às demandas emocionais dos pacientes (BARBOSA *et al.*, 2020).

Entre os profissionais médicos, houve uma notável prevalência da SB entre clínicos (BANSAL *et al.*, 2020), otorrinolaringologistas (CIVANTOS *et al.*, 2020), anestesiológicos, intensivistas, pneumologistas (SASANGO HAR *et al.*, 2020) e cirurgiões (RANGACHARI & WOODS, 2020). Foi observado que profissionais cuja área de atuação apresenta maior risco de contágio do vírus estão mais

expostos ao medo da infecção e ao estresse constante. Durante a pandemia ocorreram mudanças organizacionais, onde profissionais médicos não especializados em doenças infecciosas tiveram que dar suporte no setor. Dessa forma, nesses profissionais foi adicionada a pressão de sair da zona de conforto de atuação para um ambiente desconhecido. Portanto, também apresentaram sintomas depressivos e ansiedade (LAI *et al.*, 2020).

É importante ressaltar que a longo prazo, a SB leva esses profissionais a apresentarem maiores taxas de depressão, suicídio, alcoolismo e drogadição (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020). Essas são consequências da fase mais crítica de estresse ocupacional, na qual o trabalhador entra em exaustão por estar exposto repetidamente a fatores estressores, cujos mecanismos de adaptação ao estresse não são mais suficientes para suprimir o mal-estar físico e psicológico (PRADO, 2016).

O fator de ansiedade mais relatado dentre os estudos foi o medo de contrair a COVID-19 e de transmitir à sua família. Além disso, a redução do contato com suas famílias e diminuição das atividades de lazer e socialização também foram observadas. Com isso, vê-se que os trabalhadores na linha de frente são submetidos à pressão de escolha entre a autopreservação, atenção às suas famílias e o cumprimento de suas responsabilidades enquanto profissional (SASANGO HAR *et al.*, 2020). Todos esses fatores levam ao estresse agudo e esgotamento mental dos profissionais durante a pandemia.

Nas regiões geográficas com maiores índices de casos de COVID-19, os profissionais tiveram aumento dos sintomas de ansiedade. Portanto, vê-se que os relatórios diários de mortalidade pela COVID-19 foram

descritos como fontes de desenvolvimento da SB (ZERBINI *et al.*, 2020), uma vez que, os profissionais se veem impotentes diante da quantidade abundante de casos, mesmo com seus esforços constantes.

No entanto, a incapacidade do profissional em manter-se atualizado devido à velocidade dos novos estudos também pode ser um fator de ansiedade, pois em uma pandemia onde não se conhece inteiramente o patógeno e sua forma de ação no organismo, diariamente podem ser feitas revisões e surgir novidades sobre o combate. Assim sendo, quando não obtêm novas direções e achados médicos atualizados, pode ocorrer a piora no quadro de angústia (RESTAURI e SHERIDAN, 2020).

No que diz respeito à atuação no combate ao estresse e à fadiga dos profissionais, os hospitais e as instituições aplicaram diversas estratégias. A disponibilização de conselheiros, apoio psicológico e acesso gratuito à aplicativos de meditação, foram algumas das abordagens disponibilizadas para lidar com o estresse e promover um pouco de bem-estar momentaneamente. Porém essas estratégias não são suficientes para influenciar nos efeitos do Burnout a longo prazo, sendo necessárias ações mais eficazes como o uso da psicologia positiva para ressignificar as vivências dos profissionais durante a pandemia (BANSAL *et al.*, 2020).

Outra abordagem adotada por algumas instituições de saúde foram melhorias na infraestrutura hospitalar, oferecimento de EPIs, melhor organização dos horários de trabalho das equipes, montagem de equipes com funcionários suficientes para atender todos os pacientes sem sobrecarga e uma comunicação clara entre todos os profissionais (ZERBINI *et al.*, 2020). Essas

medidas são de suma importância para manejar o estresse profissional, uma vez que se discute que uma pior condição laboral constitui fator de risco tanto para a infecção por COVID-19 quanto para a piora da saúde mental dos trabalhadores (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Houve instituições que não implantaram nenhuma melhoria nas condições de trabalho dos profissionais de saúde e tampouco ofertaram ferramentas para mitigar estresse nesses, optando por uma abordagem estoica, apoiando-se na ideia de que a resiliência pessoal de cada trabalhador avançaria para um nível coletivo e organizacional. Entretanto, não há como realizar tal feito sem que haja uma boa comunicação entre gestores e profissionais e boas condições de trabalho (KADHUM *et al.*, 2020).

A SB também interfere diretamente no rendimento desses profissionais no trabalho, sendo estes mais propensos a cometer mais erros, a realizar procedimentos equivocados, serem negligentes e imprudentes, o que acarreta piores resultados nas medidas de segurança ao paciente e a menor satisfação deste em relação ao atendimento (PERNICIOTTI *et al.*, 2020; SILVEIRA, 2016; BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; BANSAL *et al.*, 2020; CIVANTOS *et al.*, 2020). Além disso, há prejuízo na interação entre os membros da equipe de trabalho, o que corrobora com uma piora no atendimento e uma maior chance de erros (SILVEIRA *et al.*, 2016).

O tratamento da SB se dá por meio do acompanhamento psicoterápico, farmacológico e intervenções psicossociais (PERNICIOTTI *et al.*, 2020). Entretanto, vale ressaltar que a melhor intervenção é a prevenção. As estratégias para prevenir a SB

visam interromper o ciclo do estresse e assim reduzir a intensidade dos seus fatores indutores, ajudar os profissionais a modificar a percepção das situações estressantes e a desenvolver estratégias de *coping* para enfrentá-las. Essas intervenções são feitas em três frentes: individual, coletivo e organizacional (PERNICIOTTI *et al.*, 2020; NUNES, 2017).

As estratégias individuais são voltadas à capacitação dos profissionais, para que eles aprendam estratégias de enfrentamento adaptativas diante de agentes estressantes. Referem-se ao treino de habilidades comportamentais e cognitivas de *coping*, meditação, prática de atividade física, bem como às práticas de autocuidado, como garantir descanso adequado, equilíbrio entre trabalho e outras dimensões da vida, envolvimento em um *hobby* e alimentação equilibrada (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; BARBOSA *et al.*, 2020; FESSELL & CHERNISS, 2019; RANGACHARI & WOODS, 2020; ZERBINI *et al.*, 2020; PERNICIOTTI *et al.*, 2020; NUNES, 2017). Esse nível de intervenção implica na responsabilidade individual do profissional por manter sua própria saúde emocional e física (PERNICIOTTI *et al.*, 2020).

Outra estratégia que pode ser utilizada para a prevenção da SB é a resiliência, que é compreendida como a capacidade humana para enfrentar, vencer e sair fortalecido ou transformado por experiências de adversidades (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; FESSELL & CHERNISS, 2019; ZERBINI *et al.*, 2020). É importante destacar que esta é uma ferramenta individual, ou seja, varia de acordo com as características da personalidade e com as vivências de cada indivíduo (SILVA *et al.*, 2019).

A resiliência abrange dois aspectos, a flexibilidade no enfrentamento das situações de tensão, pressão e estresse, e a autoestima, que se refere ao apreço e estima que cada qual sente por si mesmo a partir da avaliação subjetiva (positiva ou negativa) do indivíduo sobre seu próprio valor, expressa em uma atitude de aprovação ou desaprovação em relação a si mesmo (SILVA *et al.*, 2019).

Alguns estudos revelaram que indivíduos com autoestima elevada apresentaram níveis menores de exaustão emocional e despersonalização e maiores índices de sentimento de realização pessoal, enquanto que, aqueles com autoestima baixa se associam a maiores níveis de sofrimento psíquico, maior exaustão emocional e menor capacidade para enfrentar eventos estressantes, tornando-os mais vulneráveis ao esgotamento físico e emocional (SILVA *et al.*, 2019; PERNICIOTTI *et al.*, 2020).

Quanto às estratégias coletivas, a tática por excelência é o uso do apoio social no trabalho por parte dos companheiros e dos supervisores (BRITO *et al.*, 2019; BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; BANSAL *et al.*, 2020; FESSELL & CHERNISS, 2019; FRIAS *et al.*, 2020; KADHUM *et al.*, 2020; RANGACHARI & WOODS, 2020; RESTAURI & SHERIDAN, 2020; SASANGO HAR *et al.*, 2020; ZERBINI *et al.*, 2020). Outras estratégias para a prevenção da SB incluem as terapias cognitiva-comportamental e os programas voltados para a diminuição do estresse, sendo sugerido ainda as massagens de relaxamento (PERNICIOTTI *et al.*, 2020; BANSAL *et al.*, 2020; FESSELL & CHERNISS, 2019; RESTAURI & SHERIDAN, 2020).

Vale salientar que a existência de um apoio psicológico traz grandes benefícios no combate a SB, por meio da disponibilização

de um local e do tempo necessário para que os profissionais possam verbalizar e expor as suas vulnerabilidades, além de, orientar as estratégias de prevenção, servir de mediador para as reuniões de equipe, sempre que o objetivo seja a gestão emocional e atuar na supervisão clínica das atividades desenvolvidas pela equipe (NUNES, 2017).

As intervenções organizacionais também são de grande relevância, considerando que, a origem do problema está no contexto laboral, tendo como intuito desenvolver programas e ações de prevenção dirigidos para melhorar a atmosfera e o clima da organização (BRITO *et al.*, 2019). Tais como a realização de treinamentos com os funcionários, reestruturação de tarefas e mudança das condições físico-ambientais, como flexibilidade de horário, participação na tomada de decisão, plano de carreira e autonomia laboral (PERNICIOTTI *et al.*, 2020; BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; CHAU *et al.*, 2020; FESSELL & CHERNISS, 2019; KADHUM *et al.*, 2020; RESTAURI & SHERIDAN, 2020; SASANGO HAR *et al.*, 2020; ZERBINI *et al.*, 2020). Remetem à responsabilidade das instituições em criar um ambiente de trabalho saudável com melhores condições laborais para seus funcionários, ressaltando a necessidade de uma liderança eficaz, eficiente e capacitada. Também é eficaz solicitar apoio da família, dos colegas e dos amigos (NUNES, 2017; BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020; CHAU *et al.*, 2020; FESSELL & CHERNISS, 2019; FRIAS *et al.*, 2020; SASANGO HAR *et al.*, 2020; ZERBINI *et al.*, 2020).

Os três níveis de estratégia são necessários para a prevenção da SB, uma vez que a mesma é desencadeada por uma combinação de fatores ambientais, sociais e individuais. Por essa razão, recomenda-se a

utilização das intervenções combinadas, as quais associam dois ou mais tipos de intervenções visando modificar de forma integrada as condições de trabalho, a percepção do trabalhador e o modo de enfrentamento diante das situações estressantes (PERNICIOTTI *et al.*, 2020). Dessa forma, os profissionais sentem-se mais satisfeitos, identificam-se e partilham os objetivos institucionais, melhoram o compromisso e aumentam a produtividade (NUNES, 2017).

Um ponto que não foi abordado nos artigos analisados por este trabalho, mas que é um importante fator de prevenção a SB é a presença de um bom relacionamento entre a equipe. Para que isso ocorra, é essencial uma comunicação aberta, disponível e eficaz permitindo a interação entre as pessoas, a partilha de opiniões e de informações, além da expressão de sentimentos e emoções (PERNICIOTTI *et al.*, 2020; BRITO *et al.*, 2019; NUNES, 2017). Tal ação faz com que se previna tensões e elevados níveis de estresse, garantindo um convívio agradável entre colegas no local de trabalho (BRITO *et al.*, 2019).

O convívio fora do contexto de trabalho, contribui para a união e coesão da equipe. A partilha de espaços fora do dia a dia de trabalho faz com que os indivíduos se conheçam para além da dimensão profissional, facilitando desta forma a compreensão da personalidade de cada um e reforçando o suporte social (NUNES, 2017).

CONCLUSÃO

Neste estudo teve-se como objetivo identificar os fatores de risco e as formas de prevenção e intervenção da Síndrome de

Burnout em profissionais de saúde atuantes na pandemia de COVID-19.

Tendo isso em mente, é importante ressaltar que os casos de Burnout em profissionais de saúde já possuíam uma elevada taxa antes mesmo da pandemia, no entanto, com a COVID-19, pode ser ainda mais problemática devido ao alto contágio do vírus, baixo conhecimento sobre o curso da infecção e as suas consequências a longo prazo, à falta de tratamento ou vacinas estabelecidas, estresse psicológico trazido pela quarentena e o contato direto com pacientes infectados.

Sem mencionar-se a falta de planejamento, preparo, organização e de liderança de alguns governos e sistemas de saúde, incluindo a falha em garantir estoques adequados de suprimentos médicos necessários, bem como o luto pela perda de uma pessoa conhecida, o medo de transmissão de infecção para membros da família e o medo subconsciente de contrair doenças, também colaboram para o aumento de sinais e sintomas de SB.

Outrossim, o aumento na carga horária de trabalho, mudanças organizacionais na equipe, conflitos com colegas, crise no sistema de saúde e econômico da mesma forma se mostraram importantes fatores para a incidência de Burnout e outros transtornos mentais. Nesse sentido, os profissionais mais afetados são os profissionais de enfermagem pelo fato terem uma maior carga de trabalho e mais tempo em contato direto com os pacientes com COVID-19, ainda assim, os demais profissionais que ocupam a linha de frente durante epidemias e pandemias, como a atualmente vivenciada, também estão em posição de risco para o desenvolvimento da SB, devido a carga de trabalho excessiva, despreparo e aflição emocional.

Entre médicos, os clínicos foram os mais propensos a ter sintomas de Burnout do que a força de trabalho geral e são mais propensos a estar insatisfeitos com o equilíbrio entre vida profissional e familiar, além deles, outras especialidades médicas também apresentaram risco elevado para o desenvolvimento de Burnout, sendo elas os otorrinolaringologistas, anesthesiologistas, intensivistas, pneumologistas e cirurgiões. Vale ressaltar que os profissionais do gênero feminino foram os mais afetados pela SB durante o cenário pandêmico, isso decorre do fato de que muitas mulheres apresentarem uma dupla jornada de trabalho, uma vez que além de trabalharem na linha de frente dos atendimentos aos pacientes com COVID-19, são as responsáveis pelos serviços domésticos.

É importante destacar que a SB traz grandes consequências para os próprios profissionais da saúde, para os pacientes e para as organizações para quem trabalham. Dentre elas, pode-se levantar o aumento nas taxas de depressão, suicídio, alcoolismo e drogadição entre esses trabalhadores, além disso, eles são mais propensos a cometerem mais erros, o que prejudica a segurança dos pacientes.

A fim de prevenir a SB, é necessário que as instituições de saúde adotem uma visão mais holística do trabalhador e implementem ações com a finalidade de transmitir segurança psicológica, reconhecendo o impacto mais amplo do sofrimento emocional criado pelo COVID-19. Dessa forma, destaca-se o papel das estratégias de prevenção combinadas, ou seja, o somatório das táticas individuais, com as grupais e com as organizacionais, com o objetivo de romper o ciclo do estresse e, assim, conseguir reduzir os fatores indutores e ajudar esses profissionais a

lidarem de uma forma mais efetiva e eficiente com as situações estressantes.

Dentre essas estratégias, pode-se citar os treinamentos comportamentais e cognitivos, o estímulo para a adoção de um estilo de vida mais saudável com horas de lazer e relaxamento, ações que promovam técnicas de resiliência aos trabalhadores, visando contribuir para a elevação de sua autoestima e autoeficácia, a criação de grupos

de apoio tanto social quanto psicológico aos profissionais. Já as táticas organizacionais focam em melhorar a atmosfera e o clima da organização, por meio da mudança das condições físico-ambientais. Ademais, o apoio da família, dos colegas e dos amigos é muito importante, assim como a existência de um bom relacionamento entre a equipe de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARSHAD ALI, S. *et al.* The outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) An emerging global health threat. *Journal of Infection and Public Health*, v. 13, p. 644, 2020.
- BALASUBRAMANIAN, A. *et al.* Impact of COVID - 19 on the mental health of surgeons and coping strategies. *Head & Neck*, v. 4, p. 1638, 2020.
- BANSAL, P. *et al.* Clinician Wellness During the COVID-19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, v. 8, p. 1781, 2020.
- BARBOSA, D.J. *et al.* Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de Evidências. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 31, p. 31, 2020.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde Brasília, 2020. Disponível em: [14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf](https://saude.rs.gov.br/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf) (saude.rs.gov.br). Acesso em: 05 mai. 2021.
- BRITO, T.B. *et al.* Síndrome de Burnout: Estratégias de Prevenção e Tratamento nos Profissionais de Enfermagem. *Revista UNINGÁ*, v. 56, p. 113, 2019.
- CHUA, W.L.T. *et al.* Emergency department ‘outbreak rostering’ to meet challenges of COVID-19. *Emergency Medicine Journal*, v. 37, p. 407, 2020.
- CIVANTOS, A.M. *et al.* Mental health among otolaryngology resident and attending physicians during the COVID -19 pandemic: national study. *Head & Neck*, v. 42, p. 1597, 2020.
- ELHADI, M. *et al.* Concerns for low-resource countries, with under-prepared intensive care units, facing the euCOVID-19 pandemic. *Infection, Disease & Health*, v. 25, p. 227, 2020.
- FESSELL, D. & CHERNISS, C. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micropractices for Burnout Prevention and Emotional Wellness. *Journal of the American College of Radiology*, v. 17, 2020.
- FRIAS, C.E. *et al.* Resilience and Emotional Support in Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, v. 58, p. 5, 2020.
- KADHUM, M. *et al.* Mental wellbeing and burnout in surgical trainees: implications for the post-covid-19 era. *British Journal Of Surgery*, v. 107, p. 264, 2020.
- LAI, J. *et al.* Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, v. 3, p. 203976, 2020.
- NUNES, A.P.L. Programa de Intervenção para Prevenção do Burnout em Unidades de Cuidados Intensivos: Um dever ético. Instituto de Bioética – Universidade Católica Portuguesa, jul. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24180/1/TESE%20FINALISSIMA%20-%20APN%20-%202017.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2021.
- PÊGO, F.P.L.E. & PÊGO, D.R. Síndrome de Burnout. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 14, p. 171, 2016.
- PERNICIOTTI, P. *et al.* Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Revista SBPH*, v. 23, p. 35, 2020.
- PRADO, C.E.P. Estresse ocupacional: causas e consequências. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 14, p. 286, 2016.
- RANGACHARI, P. & WOODS, J.L. Preserving Organizational Resilience, Patient Safety, and Staff Retention during COVID-19 Requires a Holistic Consideration of the Psychological Safety of Healthcare Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, p. 6, 2020.
- RESTAURI, N. & SHERIDAN, A.D. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: intersection, impact, and interventions. *Journal of The American College of Radiology*, v. 17, p. 921, 2020.
- RIBEIRO, A.P. *et al.* Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 45, p. 1, 2020.
- ROTHENBERGER, D.A. Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Diseases of the Colon and Rectum*, v. 60, p. 567, 2017.

SASANGO HAR, F. *et al.* Provider Burnout and Fatigue During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from a High-Volume Intensive Care Unit. *Anesthesia and Analgesia*, v. 131, p. 106, 2020.

SHARMA, R. *et al.* Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus -2 (SARS-CoV-2): A Review on Pathophysiology, Diagnosis, and Investigational Therapeutics. *Current Medicinal Chemistry*, v. 28, p. 245, 2021.

SILVA, L.M. *et al.* A Resiliência no Enfrentamento da Síndrome de Burnout. Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/9351/1/A%20RESILIÊNCIA%20NO%20ENFRENTAMENTO%20DA%20SÍNDROME%20DE%20BURNOUT.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2021.

TURALE, S. *et al.* Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. 164–167. *International Council of Nurses*, v. 67, p. 164, 2020.

WU, Y. *et al.* A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Journal Pain Symptom Manage*, v. 60, p. 60, 2020.

ZERBINI, G. *et al.* Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 – a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *German Medical Science*, v. 18, p. 1, 2020.

CAPÍTULO 37

TELEPSIQUIATRIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE CORONAVÍRUS

Palavras-chave: Medicina; Telepsiquiatria; COVID-19

SAMUEL BEZERRA MAGALHÃES MARTINS¹
DAVID BARBOSA DUARTE VIDAL¹
LUCAS RODRIGUES MELO¹
GABRIEL SOUSA SANTOS¹
MARCUS VINÍCIUS MACEDO OLIVEIRA¹
JOÃO PEDRO LIMA GONDIM¹
JONATHAN MOREIRA SILVA DE MATOS¹
MATEUS COELHO GONDIM DE OLIVEIRA LIMA¹
LARISSA RODRIGUES MELO¹
RENATO MENDES MARTINS¹
MATEUS MIGUEL DE SOUSA GOMES¹



INTRODUÇÃO

A utilização de Teleconsultas na prática psiquiátrica é motivo de inúmeras discussões. Inicialmente, do ponto de vista ético, há o desafio de garantir a confidencialidade das informações transmitidas. Além disso, são levantados questionamentos acerca da qualidade diagnóstica e terapêutica entre atendimentos convencionais e os praticados à distância. Comparar custos, elencar vantagens, desvantagens, conquistas e desafios são tópicos necessários e sua discussão visa tornar mais acessível a adesão aos tratamentos e proporcionar um acompanhamento longitudinal enquanto há impedimento de atendimento presencial. Entretanto, ainda há percalços e desafios a serem superados na aplicabilidade dessa ferramenta.

Dessa forma, faz-se necessária a discussão acerca dessa temática, a fim de que a saúde mental dos pacientes seja preservada em plenitude. Portanto, esse capítulo visa expor essa temática de forma imparcial sem vínculos ou interesses institucionais, apenas de cunho informativo e reflexivo.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão da literatura abordando Telepsiquiatria, Transtornos de humor e COVID-19. A busca de artigos foi realizada no banco de dados *National Library of Medicine*, via PubMed, além da plataforma SciELO e *Google Scholar*, empregando os seguintes termos: “*telemedicine and psychiatry*”, “*telemedicine and depression*”, “*telepsychiatry*”, “*anxiety*”, “telemedicina”, “teleconsultas”, “saúde mental” e “COVID-19.” Foram verificadas as listas de referências dos artigos de interesse. A busca foi estendida

à literatura tradicional e sites oficiais na internet de entidades médicas representativas e instituições de referência profissional. O capítulo divide-se em três eixos principais: “O que é a telepsiquiatria?”; “Vantagens e desvantagens” e “Aplicação prática para determinados transtornos: sucessos e desafios”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O que é a telepsiquiatria?

Até 2019, a telemedicina era definida e regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) pelo uso de métodos interativos de comunicação de áudio e vídeo, mas apenas com o objetivo de assistência, pesquisa em saúde e educação. Já na pandemia, o CFM passou a permitir que médicos realizassem serviços que abrangessem a telemedicina, visando trazer os cuidados médicos até os pacientes que estivessem isolados em suas respectivas residências. O Sistema Único de Saúde (SUS), vigente no Brasil, poderia estar preparado para esse momento atípico de pandemia, sendo capaz de prestar serviços psiquiátricos a uma significativa fração da população.

Nesse sentido, o SUS conseguiria evitar a exposição dos pacientes psiquiátricos a longas jornadas dentro de transportes públicos com alto risco de contaminação e posterior contato próximo com médicos constantemente expostos ao ambiente hospitalar; tudo isso sem descontinuar o tratamento psiquiátrico, uma vez que o mesmo poderia ser continuado por serviços gratuitos disponíveis na internet. Seria necessária uma estratégia proativa que visasse desenvolver o correto atendimento psiquiátrico sem a necessidade de o paciente

sair de sua residência. Mesmo com o surpreendente número de brasileiros utilizando serviços de internet, aparentemente a ideia de implementar tal tipo de serviço psiquiátrico permanece dificultada.

Nesse contexto, segundo Ferreira-Garcia e Nascimento (2020, p. 1), mesmo o Brasil sendo inovador na experimentação de novas tecnologias, o desenvolvimento da Telemedicina ainda é precário. Durante a pandemia, em que esses serviços passaram a não ser mais apenas convenientes e assumiram caráter necessário, foi visto que as organizações médicas públicas não estavam previamente preparadas para elaborar soluções específicas para elaboração de um programa sofisticado de Telemedicina em território nacional.

Nesse cenário pandêmico estabelecido e sem uma clara perspectiva de quando o distanciamento social deixará de ser essencialmente necessário, é evidente que, a fim de evitar que os fatores socioeconômicos não favoráveis e o medo de contaminação e morte piores os quadros psiquiátricos dos diversos pacientes brasileiros, é urgente começar a desenvolver programas de Telemedicina voltados ao público da psiquiatria, mesmo sem a infraestrutura ideal e com as ainda existentes resistências. Por exemplo, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) algumas teleconsultas foram feitas, sendo mediadas por times de residentes juntamente com os respectivos preceptores. Os pacientes eram chamados durante consultas presenciais para participar desse programa de telepsiquiatria, em que os mesmos recebiam um tutorial sobre como acessar a plataforma que seria utilizada.

Em resposta ao aumento das demandas em relação aos serviços psiquiátricos convenientes, baratos e mais

acessíveis, o uso de psiquiatria baseada em tecnologias tem crescido de forma importante nos últimos anos. O uso dessa modalidade de psiquiatria demonstrou níveis altos de satisfação perante seu uso tanto por parte dos médicos, como dos pacientes (CHAN *et al.*, 2015)

Historicamente, a Telepsiquiatria foi inicialmente desenvolvida para atender pacientes que habitassem áreas remotas ou que fossem, de alguma forma, impedidos de tanto chegar ao médico como para recebê-lo em sua residência. O primeiro uso oficial dessa diferente modalidade de atendimento psiquiátrico com utilização de vídeo tem registro em 1959, na Universidade do Nebraska. Ainda nos Estados Unidos, o interesse pela Telemedicina mostrou crescimento nos anos 90, onde certa infraestrutura para esse tipo de atendimento foi desenvolvida, especialmente nas áreas de Psiquiatria, Radiologia e Dermatologia.

Infelizmente, o Brasil, por alguns motivos que ainda serão citados, ainda não mostra destaque nesse ramo de telepsiquiatria. Especialmente durante o período atípico de pandemia iniciado em 2019, os serviços telepsiquiátricos receberam atenção especial e tiveram crescimento importante em todo o mundo.

Embora o número de internautas no Brasil tenha passado da metade da população brasileira desde 2013, segundo o Centro de Estudos sobre as Tecnologias da Informação e da Comunicação (Cetic.br), esse acesso ainda ocorre de maneira desigual. Nesse sentido, mesmo que conseguisse atingir áreas onde a psiquiatria tradicional não conseguiria, a Telepsiquiatria apresentaria limites para pacientes que ou não possuem acesso aos serviços de rede ou não apresentarem a habilidade para acessar tal serviço.

Segundo Soron *et al.* (2020), governos e autoridades regulatórias deveriam desenvolver e reforçar estratégias e recomendações para desenvolver uma estrutura para apropriada realização da telepsiquiatria baseada nos possíveis riscos. Nesse escopo, ainda segundo o artigo supracitado, a Telepsiquiatria pode servir milhões de pessoas com risco de desenvolvimento de moléstias de natureza mental durante e após a pandemia de COVID-19. Portanto, estes serviços não presenciais devem ser baseados em evidências, sustentáveis, organizados e corretamente supervisionados.

Serviços disponibilizados

A partir do avanço da pandemia de COVID-19, o sistema de saúde brasileiro foi forçado a adotar de maneira imediata serviços prestados por meio virtual nas mais diferentes áreas, impondo uma necessidade de novas estratégias para a atuação frente à realidade de distanciamento social. Sob essa ótica, os profissionais de saúde enfrentam um desafio de duas faces: avançar nos conhecimentos sobre uma nova doença e adaptar-se a uma nova maneira de prestar cuidados (CELUPPI *et al.*, 2021).

Dessa forma, a implementação em larga escala da telessaúde induziu a descoberta de inovações no mercado de tecnologia para otimizar as capacidades e minorar o custo, aumentando os benefícios na implementação desses serviços (PEREIRA *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, enfatiza-se a importância da consolidação do setor de *e-Health* no cenário atual brasileiro e mundial como estratégia para melhorar a qualidade do cuidado e expandir o acesso aos serviços de saúde. Os países vivem um momento de

reconstrução desse setor, com a incorporação tecnológica, visando a simplificação dos cuidados e a melhora do fluxo das informações de saúde. A implantação dessas soluções tecnológicas contribui para a redução da aglomeração de pessoas nos espaços de saúde e proporciona dinamicidade e facilidade de acesso aos serviços, facilitando o contato entre profissionais da saúde e pacientes. Além disso, a partir da efetivação de soluções tecnológicas, pode-se utilizá-las no manejo clínico, envolvendo uma série de processos que orientam o profissional da saúde em relação à tomada de decisão como: utilização de aplicativos que auxiliam no diagnóstico por imagem e uso de inteligência artificial para analisar riscos e propor intervenções, além da aplicação de ferramentas para análise de dados e relatórios e para autodiagnóstico (CELUPPI *et al.*, 2021).

No caso dos pacientes avaliados ou tratados remotamente, os profissionais precisam dispor de amplo acesso aos seus dados de saúde relevantes, com o intuito de favorecer o fornecimento do melhor atendimento possível (PEREIRA *et al.*, 2020). Tal feito do sistema de saúde pode ser considerado particularmente desafiador em um país como o Brasil, onde hospitais e clínicas têm diferentes sistemas eletrônicos de registro ou até nenhum tipo de sistema. Assim, existe um importante entrave para a prática plena da saúde digital, que seria essa limitação no que se refere à integração dos dados, essencial para o suporte dessa nova modalidade de consultas.

Assim, o curso de uma pandemia de tal calibre na atualidade adiantou uma série de processos que levaram à ampla adoção da telessaúde como um serviço tangível e efetivo. Tal fato se deve principalmente ao

estresse pelo qual os sistemas de saúde espalhados pelo globo estão passando, representado principalmente pela superlotação associada às internações por casos agravados da COVID-19, comprometendo a prestação de cuidados para outras condições de saúde (PEREIRA *et al.*, 2020).

Essa rápida escalada da pandemia demandou alterações bruscas no cenário global da saúde, inclusive nos EUA, contexto comum a outras nações em que serviços não essenciais foram paralisados imediatamente com o objetivo de sustentar o isolamento social e apoiar os profissionais da linha de frente, levando a uma dramática transformação na prestação de cuidados de saúde mental com adoção aparentemente abrupta e generalizada da telepsiquiatria, especialidade importante da telemedicina.

A fim de enfrentar adequadamente esses desafios, os serviços de saúde de clínicas e consultórios privados rapidamente transformaram-se em meios disponíveis para práticas virtuais. Este processo exigiu a adoção de novas plataformas de telessaúde ou atualizações de plataformas existentes, envolvendo o treinamento de médicos, da equipe de apoio e dos pacientes quanto ao uso de novas tecnologias e busca por resoluções alternativas para pacientes sem oportunidade de acessar tais métodos por ausência da tecnologia necessária em seus lares. Sendo assim, destaca-se a necessidade de orientações para a implantação das teleconsultas, com enfoque no treinamento e supervisão de profissionais, estabelecimento de mecanismos de segurança digital, proteção à privacidade e avaliação contínua das intervenções realizadas nesse novo modelo de atendimento (CELUPPI *et al.*, 2021).

A adoção desses meios virtuais pode ser bem exemplificada pela divisão psiquiátrica do ambulatório do centro médico *The Massachusetts General Hospital*, composta por uma equipe médica multidisciplinar que, no início da pandemia, decidiu a partir de suas lideranças converter todas as visitas ambulatoriais para as plataformas virtuais (CHEN *et al.*, 2020). Essa disponibilidade precoce de teleconsultas aos pacientes se deve ao fato de que os médicos do *Massachusetts General* apoiaram um programa piloto, iniciado ainda em 2015, para expandir e dimensionar as visitas virtuais, sendo pioneiros na telessaúde. Um ano antes da COVID-19, esse departamento realizava um relevante número de visitas virtuais via plataforma integrada de prontuário eletrônico (EPIC).

No *Massachusetts General Hospital*, as visitas presenciais eram permitidas apenas em situações inevitáveis, como pessoas sem acesso aos meios virtuais ou pacientes com necessidade de avaliação clínica necessariamente presencial. Dessa forma, as visitas eram restritas para uma recém-criada clínica ambulatorial de atendimento psiquiátrico urgente envolvendo indivíduos equipados com os equipamentos de proteção individual necessários e apropriados (CHEN *et al.*, 2020).

Quando o atendimento presencial de rotina novamente se tornar viável após a pandemia de COVID-19, novas questões surgirão em relação à pertinência desse tipo de consulta para cuidados específicos da saúde mental. No que se refere a essas condições específicas, inclui-se doenças pós-traumáticas, transtornos de personalidade, transtornos psicóticos e distúrbios de uso de substâncias, os quais tanto podem ser mais desafiadores de gerenciar de forma adequada

por meio do atendimento virtual, quanto podem se beneficiar da maior flexibilidade desta modalidade de consulta (CHEN *et al.*, 2020).

Além da maior flexibilidade, as teleconsultas, em que pode se incluir a psiquiátrica, apresentam outras propriedades interessantes. Tais atributos envolvem recursos como o potencial de amplo acesso aos registros eletrônicos de saúde, as possibilidades de monitoramento remoto, a criação de portais de acesso para os pacientes, o desenvolvimento de aplicativos móveis de saúde e os métodos sofisticados de análise de dados (CELUPPI *et al.*, 2021).

O dilema envolvendo a escolha de se uma determinada consulta deve ser conduzida virtualmente ou não vai provavelmente se tornar um componente rotineiro do planejamento dos tratamentos psiquiátricos futuramente. Assim como acontece com o tratamento de saúde mental convencional, a tomada de decisão de caráter pensativo e individualizado seria necessária. Em tal situação, entraria em consideração as preferências individuais do paciente, os desejos dos familiares e os potenciais impactos que podem culminar na fadiga do paciente, exemplificados pelo excesso de tempo de visualização da tela. Tais fatores são importantes por influenciar na avaliação da adesão a longo prazo e da eficácia da telepsiquiatria (CHEN *et al.*, 2020).

Por fim, a telemedicina, e por consequência, a telepsiquiatria, por ser considerada uma de suas especialidades, apresenta atributos que lhe conferem grande integração do atendimento, caracterizado por ser mais acessível, mais conveniente, de maior confidencialidade e de menor risco de contágio (CELUPPI *et al.*, 2021). Nesse sentido, esses princípios podem favorecer no

sentido de que o profissional da saúde opte pelo atendimento virtual com a anuência do paciente, mesmo em um futuro pós-pandemia.

Contexto legal e de coronavírus

A política brasileira sobre telemedicina, e consequentemente sobre telepsiquiatria, ainda está em processo de aperfeiçoamento, mas pode-se observar as suas três fases históricas de formulação/decisão, organização/implementação e expansão/maturação, relacionadas às políticas públicas que foram instituídas com o intuito de introduzir esse conceito, com um esboço de desenvolvimento surgindo ainda em 1989 com a criação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) pelo Ministério da Ciência. A regularização no âmbito do CFM, porém, veio ocorrer de forma parcial a partir da Resolução CFM nº 1.643/2002, a qual definia a telemedicina como “o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde”. No entanto, essa resolução é considerada por muitos como um texto muito restritivo devido às práticas estabelecidas e tipificadas, as quais não abrangem a total capacidade tecnológica da utilização dos serviços de telemedicina, inclusive deixando de fora práticas importantes, como a teleconsulta. Então, devido a essas limitações, tal Resolução passou por um ensaio de renovação em 2019 por meio da Resolução CFM nº 2227/2018, a qual supria algumas das necessidades visto que descrevia modalidades, como telecirurgias, telediagnóstico e teleconsulta, entre outras formas de atendimento médico à distância. Entretanto, tendo alegado muita mobilização de médicos e entidades médicas,

além de necessidade de tempo para a sua aplicação, essa Resolução foi revogada no mesmo ano, voltando então a vigorar a Resolução nº 1.643/2002.

Uma das questões a ser considerada como um empecilho à aplicação plena da telemedicina pelo CFM e pelos conselhos regionais (CRM), é o fundamento de que esta prática configura desrespeito ao Art. 37 do Código de Ética Médica: “prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente”. Além disso, a complexidade de instaurar um sistema de telemedicina que siga os preceitos do SUS e ao mesmo tempo garanta a integralidade do sigilo entre profissional e paciente, ainda muito discutido quanto ao uso dessas novas tecnologias. Por isso, dos mais atuais avanços nessa área dispõe sobre a utilização de aplicativos protegidos por criptografia de ponta a ponta, com chaves de 256 bits, assim como o WhatsApp, e ocorreu em 2017 com a publicação do parecer 14/2017, do CFM, com o intuito de acompanhar os avanços tecnológicos e ainda assim garantir a integralidade do sigilo médico-paciente.

O surto da COVID-19 foi um catalisador desse processo ao expor ainda mais as fragilidades do sistema de saúde e evidenciar a necessidade de meios alternativos e práticos que pudessem, de forma ética em meio a uma pandemia, mitigar os impactos causados aos cuidados de saúde. O impacto inicial desta pandemia tornou-se um estímulo ao uso da telemedicina, portanto, em caráter de excepcionalidade, então, foi reconhecido pelo CFM, por meio de um ofício datado de 19 de março de 2020, a utilização da telemedicina durante o período de pandemia.

Após declarada emergência em saúde pública de importância nacional pela Portaria

nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, foi publicada a Portaria nº 467/2020, de 23 de março de 2020, que autorizava a prática da telemedicina como uma forma de enfrentamento da epidemia. Em 25 de março, o Projeto de Lei nº 696/2020 foi aprovado e autorizava uso da telemedicina, inclusive da teleconsulta, em quaisquer atividades da área de saúde no Brasil durante o período da pandemia. Depois foi sancionado na forma da Lei nº 13.989/2020 49, de 15 de abril de 2020. Porém, alguns pontos importantes foram os vetos que se davam ao Art. 2º, que validava as receitas médicas digitais que tivessem assinatura com certificação digital ou digitalizada, e ao Art. 6º, discorrendo sobre a transferência ao CFM a regulamentação da telemedicina após o fim da pandemia.

Apesar de diversas leis e regulamentos terem sido publicados desde 1989, a implantação de um alicerce legal para a telemedicina no Brasil ainda é um embrião do que ele pode e deveria ser, pois esbarra em diversos obstáculos sociais, políticos e econômicos, típicos de países como o Brasil. Dessa forma, através do estudo de tais obstáculos, faz-se necessário a estruturação de bases legais, assim como econômicas e educacionais, que possam sustentar a utilização da telemedicina no País, a qual mostrou-se, nesse momento de emergências, de grande necessidade.

Vantagens e desvantagens

Antes mesmo do contexto pandêmico decorrente da COVID-19, a telepsiquiatria já tinha se mostrado importante para diversos tratamentos psiquiátricos, o que é bastante evidenciado pela sua base científica já bastante consolidada (SHORE *et al.*, 2020). Para alguns pacientes, existem vantagens da telepsiquiatria em relação aos métodos

tradicionais que são importantes de serem destacados, como a facilidade no acesso ao atendimento, reduzindo tempo de espera por consultas, mas também a questão dos custos de viagem, ainda mais quando se avaliam pacientes que moram em regiões mais afastadas, o que pode aumentar bastante a aceitação dos pacientes com essa modalidade (COWAN *et al.*, 2019).

Além disso, existem outras vantagens especialmente distintas, quando se fala em construir uma relação psicoterapêutica dentro do ambiente virtual. Um dos exemplos são os pacientes que relatam uma maior facilidade em se expressar, se sentindo mais à vontade para discutir assuntos que são difíceis de serem conversados, pois existe um sentimento de proteção proporcionada pela distância existente no espaço virtual (COWAN *et al.*, 2019).

Com o advento da pandemia, o cenário da saúde mental foi extensamente modificado, como nos EUA, em que diversos fatores vieram a facilitar e tornar mais vantajosa a telepsiquiatria como método para acompanhar o tratamento de diversas doenças, como o relaxamento de várias barreiras regulatórias e de seguro. Tudo isso permitiu uma adaptação rápida para o atendimento virtual, que resultou em barreiras logísticas diminuídas, facilitando o cuidado de um número maior de pacientes, diminuição do não comparecimento ao tratamento e também em volumes clínicos mais robustos, mesmo com os mandatos de distanciamento social (CHEN *et al.*, 2020).

Uma outra vantagem importante da telepsiquiatria no contexto da pandemia, destacado em um estudo com médicos do Departamento de Psiquiatria do Hospital Geral de Massachusetts, nos Estados Unidos, é a limitação da transmissão viral, sendo

especialmente importante para pacientes imunocomprometidos ou que possuam outras vulnerabilidades de saúde (CHEN *et al.*, 2020). Esse mesmo estudo revela que existem diversas outras vantagens para os pacientes, como uma maior privacidade, reduzindo a exposição do paciente a crenças estigmatizantes de outras pessoas.

Apesar das vantagens apresentadas, a expansão e a estabilização da Telepsiquiatria enquanto parte integrante de um planejamento de longo prazo em atenção à saúde ainda enfrentam alguns percalços, associados a fatores diversos, relativos a médicos e a pacientes. Algumas das dificuldades encontradas envolvem a falha de recursos tecnológicos e problemas de conectividade à internet, que afetam de modo importante a qualidade do atendimento, uma vez que, com a perda da qualidade visual de uma videochamada, perde-se também a possibilidade de identificar os sinais não-verbais do paciente, como suas expressões faciais e gestos, o que resulta em uma percepção alterada das nuances e emoções expressadas (PARISH *et al.*, 2017)

Os impasses no uso de novas ferramentas de comunicação na psiquiatria resvalam não somente na diminuição das relações interpessoais presenciais, tão valorizadas em muitas culturas, mas são especialmente importantes para alguns grupos, como idosos, pessoas com deficiências visuais ou auditivas e pessoas com limitações cognitivas, que podem apresentar desconforto ou não estarem habituadas ao uso de tecnologias (GUZMAN & PIGNATIELLO, 2008; RICHARDSON *et al.*, 2009)

É válido salientar que, com a possibilidade de ser atendido por um psiquiatra que habite em local muito distante,

ocorre a possibilidade de que o médico desconheça dos serviços e recursos da realidade do paciente e faça recomendações de atividades que são escassas na localidade da pessoa atendida (SHORE *et al.*, 2020). Além disso, esse fator pode ser extremamente danoso em emergências, nas quais os pacientes, em geral, preferem uma presença física, de modo que se torna imperativo ao psiquiatra ter o conhecimento da precisa localização do paciente e o apoio de uma rede de suporte que possa intervir em contextos de crise (COWAN *et al.*, 2019).

Ademais, outro entrave à consolidação da Telepsiquiatria parte da desconfiança com a área deve-se à escassez de quantidade robusta de pesquisas validando a prática, apesar da grande quantidade de estudos publicados nos últimos 15 anos; à educação limitada, uma vez que a prática de Telemedicina não é comum em graduações e programas de residência; às questões relativas a reembolsos e à viabilidade financeira dessas atividades, bem como preocupações associadas à maior vulnerabilidade e ao maior risco de ocorrência de litígios judiciais em função de acusações de erro médico (COWAN *et al.*, 2019). Ademais, alguns profissionais enxergam com preocupação a perda da possibilidade de confortar o paciente fisicamente, por meio de gestos, como entregar lenços a um paciente chorando ou mover-se para mais perto, o que pode ter como consequências a perda da intimidade e da relação de confiança entre médico e paciente; e temem ou que os pacientes fiquem desconfortáveis, tímidos e insatisfeitos ou que não disponham de um ambiente calmo e isolado para as consultas, interrompendo-as constantemente com atividades domésticas.

Aplicação prática para determinados transtornos: sucessos e desafios

I. Transtorno depressivo

Em 2008, a OMS classificou a depressão como a terceira causa maior causa mundial de ônus a partir da doença e projetou que até 2030, ela alcançaria a primeira colocação nesse quesito. Nesse contexto, comprova-se que o transtorno depressivo é uma doença que restringe severamente seu portador em relação ao panorama psicossocial e diminui consideravelmente sua qualidade de vida.

A depressão é caracterizada como uma síndrome, podendo ser formada por diversos sintomas, levando a um dano efetivo às funções psicossociais. A doença tende a se manifestar de maneira episódica, possuindo períodos de recrudescimento agudo entremeados por períodos mais longos em que a doença recua.

Seu diagnóstico é feito a partir da identificação do episódio de crise e os sintomas chave que ocorrem em conjunto, sendo mais usadas as escalas do DSM-5 e do ICD. Esses sintomas chaves podem ser exemplificados por anedonia, humor deprimido, sentimento de culpa ou de baixa autoestima, ideação suicida, fadiga ou perda de energia, alterações nos padrões de sono, de peso ou de apetite, menor concentração, maior indecisão e retardo ou agitação psicomotora. Assim, o diagnóstico é feito pela identificação de um episódio depressivo durando mais que duas semanas e contendo certa quantidade de sintomas chave (necessitando essa apresentação não ser justificada por outras síndromes psiquiátricas).

O objetivo para o tratamento do episódio depressivo é a remissão total dos

sintomas e, para que ele seja alcançado, podem ser usados tanto tratamento psicológico quanto farmacológico.

Nesse contexto, insere-se a abordagem da telepsiquiatria, consistindo na consulta ao paciente de forma distante, podendo ser executada de diversas formas. Comprova-se, por sua alta prevalência que a depressão é um distúrbio que atinge de maneira significativa grande parte dos grupos populacionais, estejam eles em grandes centros urbanos ou em áreas mais rurais ou menos desenvolvida, mas, em áreas menos providas por sistemas de saúde, ela tem uma grande probabilidade de não ser diagnosticada, resultando em prejuízo funcional e psicossocial a seu portador.

Conclui-se, então, que a telepsiquiatria, embora ainda em estágio inicial, está começando a mudar esse paradigma, possibilitando um maior acesso da população em geral a consultas psiquiátricas e dando a chance desses indivíduos serem devidamente tratados. Além do alto ônus do prejuízo funcional da depressão, é importante ressaltar que, em alguns indivíduos severamente afetados ou em outros não devidamente tratados, essa condição pode culminar no desfecho do suicídio, devendo ser ressaltado, nesse contexto, o potencial benéfico da telepsiquiatria em possibilitar um acesso ampliado aos serviços médicos.

Entretanto, na modalidade à distância, pode haver certa dificuldade em manter o contato físico com o paciente ou atentar aos súbitos traços da linguagem corporal que possam ser significativos para o diagnóstico e o prognóstico.

Dessa forma, as evidências em relação ao uso da telepsiquiatria para o combate da depressão ainda não são suficientes o bastante para concluir seu efeito concreto. Porém, comprova-se que o material coletado de

pesquisas já existente indica equivalência ou até melhor efeito quando a telepsiquiatria é comparada à abordagem presencial. Assim, principalmente por causa do panorama desencadeado pela pandemia, necessita-se de pesquisas mais complexas que adentrem mais profundamente nesse assunto para que sejam alcançadas evidências mais sólidas e conclusões mais concretas em relação a essa questão.

II. Ansiedade

Os transtornos de ansiedade, em conjunto, são o tipo de transtorno mais prevalente ao redor mundo, em que algumas pesquisas indicam que cerca de 33% das pessoas são afetadas por eles em algum momento da vida, além de apresentar uma prevalência global de cerca de 7,3% (BANDELOW & MICHAELIS, 2015; CRASKE & STEIN, 2016).

Esses transtornos podem ser classificados de várias formas dependendo do fator gerador de estresse, em que as fobias específicas são as mais prevalentes, seguidas pela síndrome do pânico, fobia social e transtorno de ansiedade generalizada (THIBAUT, 2017). Todas essas formas, segundo o DSM-5, apresentam em graus variados dois pontos principais, o medo e a ansiedade, caracterizados como respostas emocionais a uma ameaça iminente ou futura, respectivamente. Essas características devem ser discernidas de uma reação adaptativa a um episódio de exposição a alta carga de estresse, sendo importante, para isso, que exista um quadro de resposta desproporcional à causa ou que seja persistente durante longos períodos, geralmente por mais que seis meses.

Nesse contexto, o diagnóstico desses transtornos é baseado em entrevistas padrão do DSM ou CID com o paciente ou os seus

responsáveis, sendo utilizada uma certa quantidade de critérios, presentes em manuais especiais, relacionados à fonte específica do medo ou ansiedade que acomete esses pacientes, podendo variar de acordo com a fobia apresentada, duração dos episódios, idade do paciente e outros fatores pertinentes a cada caso (BANDELOW & MICHAELIS, 2015).

O tratamento padrão para a maioria dos transtornos de ansiedades é baseado na utilização de inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) em conjunto com psicoterapia, em que foram associados a melhorias significativas dos pacientes e a quadros mais leves da doença (THIBAUT, 2017). Dessa forma, pode-se afirmar que a ausência de um acompanhamento psiquiátrico pode levar a piora dos quadros de ansiedade e acarretar, em algumas situações, no desenvolvimento de outras condições psicológicas comumente associadas. Logo, é crucial a manutenção deste atendimento, sendo a telepsiquiatria uma alternativa para facilitá-lo em situações em que os pacientes não têm acesso ao local da consulta devido a problemas financeiros ou pela distância física, situação bastante comum nos ambientes rurais (CHAKRABARTI, 2015).

Os efeitos aproximados da telepsiquiatria no tratamento de transtornos de ansiedade têm sido alvo constante de pesquisas, entretanto, a maioria dos estudos realizados carecem de uma quantidade ideal de pacientes e de maior rigor nos métodos utilizados. Ademais, muitas vezes, não ocorre separação entre os tipos de telepsiquiatria e seus diferentes efeitos, atrelando modalidades por telefone, videoconferência e diversas outras ao mesmo resultado. Tendo em mente esses fatores, uma revisão sistemática de estudos randomizados realizados por telefone,

internet e videoconferência mostraram um efeito positivo maior no tratamento dos transtornos de ansiedade que nos de depressão (BEE PE *et al.*, 2008). Outros estudos apresentaram uma eficácia positiva dessas consultas em casos de manutenção do tratamento quando a fase aguda da doença já entrou em remissão e o paciente apresenta o transtorno de ansiedade controlado (VALDAGNO, 2014). Em 2020, a *American Psychiatric Association* recomendou que consultas ocorram pessoalmente em determinados casos, incluindo os quadros mais severos dos transtornos de ansiedade, já que não existem pesquisas que comprovem a mesma eficácia entre as consultas presenciais e a telepsiquiatria nesses casos.

Portanto, a telepsiquiatria tem se tornado bastante promissora no tratamento dos transtornos ansiosos. Entretanto é importante ressaltar que ainda não há ensaios definitivos que possam comparar a eficácia desta com as consultas presenciais, devendo-se levar em conta suas vantagens e desvantagens para cada paciente.

III. Transtorno psicótico

O espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos representam um grupo bastante complexo e heterogêneo de patologias, consideradas doenças psiquiátricas graves, que são responsáveis por um grande prejuízo na vida de milhares de indivíduos, sendo fatores importantes de morbidade e de baixa qualidade de vida. Essa categoria abrange a esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno psicótico breve, transtorno psicótico induzido por substância/medicamento, transtorno esquizofreniforme e transtorno delirante. Tais condições são caracterizadas pela presença de um ou mais dos cinco fatores: delírios,

alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal e sintomas negativos, sendo este último um importante causador de morbidade em pessoas com esquizofrenia.

Estes transtornos podem ser primários ou secundários ao uso de substâncias. Os transtornos primários não apresentam etiologia completamente esclarecida, havendo evidências de que há influência de fatores culturais, psicológicos e biológicos, com destaque para os fatores genéticos, visto que, desde o século XX, é observada uma frequência aumentada de alguns desses transtornos em membros de uma mesma família (LOUZÃ-NETO, 2007).

Em termos epidemiológicos, estima-se que a esquizofrenia afeta cerca de 0,5 a 1,5% da população mundial adulta (SILVEIRA *et al.*, 2011) e mais de 2,5 milhões de pessoas no Brasil.

O diagnóstico dessas doenças é feito a partir de critérios presentes no DSM-5 e características associadas que apoiam o diagnóstico, sendo os critérios específicos para cada transtorno. Entre os pontos principais a serem observados estão a presença dos fatores já citados, além do caráter cronológico dessas alterações, como a frequência e a duração dos episódios.

O tratamento da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos é realizado, de uma forma geral, através da abordagem farmacológica e psicossocial, com terapia ocupacional e orientação dos familiares, a fim de facilitar o dia a dia dos indivíduos acometidos dentro do círculo familiar e social (LOUZÃ-NETO, 2007).

Nesse sentido, a pandemia por COVID-19 impactou no tratamento e acompanhamento de diversos pacientes

portadores de doenças crônicas, como a esquizofrenia. Nesse contexto, é observado que a telemedicina consiste em uma alternativa para melhorar a adesão dos pacientes aos tratamentos, fator de grande relevância, uma vez que a não adesão pode estar associada a recaídas e a maiores taxas de internação hospitalar (KASCKOW *et al.*, 2014). Entretanto, é importante ressaltar que existem alguns entraves quanto ao uso da telepsiquiatria, como a influência de aspectos sociais e culturais, que podem, em determinadas situações, limitar o acesso a esse serviço. Além disso, a exclusão digital também é um tópico a ser discutido, visto que o acesso a smartphones e a uma conexão de qualidade está bastante atrelado às condições socioeconômicas (O'BRIEN & MCNICHOLAS, 2020).

CONCLUSÃO

Percebe-se, portanto, que a exposição dessa temática acerca da telepsiquiatria, construída a partir das publicações em artigos

A utilização dessa “nova” ferramenta em assistência psiquiátrica deve ser realizada partindo do uso racional do auxílio tecnológico e definida através de um processo de discussão que envolva uma criteriosa avaliação de aspectos clínicos, análise de custo, qualidade, segurança da equipe, plataformas, equipamentos necessários e demais serviços necessários para que se exerça a telepsiquiatria de forma positiva para pacientes e profissionais. Ao expor vantagens e desvantagens, pode-se perceber que já ocorreram muitas conquistas e ainda existem muitos desafios a serem superados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

BANDELOW, B. & MICHAELIS, S. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade no século 21. *Diálogos em Neurociência Clínica* v. 17, p. 327, 2015.

BEE, P.E. *et al.* Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. *BMC Psychiatry*, v. 8, p. 60, 2008.

CELUPPI, I.C. *et al.* Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, e00243220, 2021.

CHAKRABARTI, S. Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World Journal of Psychiatry*, v. 5, p. 286, 2015.

CHAN, S. *et al.* Telepsychiatry Today. *Current Psychiatry Reports* v. 17, p. 89, 2015.

CHEN, J.A. *et al.* COVID-19 and telepsychiatry: Early outpatient experiences and implications for the future. *General Hospital Psychiatry*, v. 66, p. 89, 2020.

COWAN, K.E. *et al.* Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 94, p. 2510, 2019.

CRASKE, M.D. & STEIN, M.B. Anxiety. *The Lancet*. v. 388, p. 3048, 2016.

FERREIRA-GARCIA, R. & NASCIMENTO, I. Telepsychiatry in Brazil during the COVID-19 pandemic: Did we exchange a walk-on part in a war for a lead role in a cage? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 69, p. 209, 2020.

GUZMAN, C.S. & PIGNATIELLO, A. The benefits of implementing telepsychiatry in the Brazilian Mental Health System. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, p. 300, 2008.

KASCKOW, J. *et al.* Telepsychiatry in the assessment and treatment of schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, v. 8, p. 21, 2014.

LOUZÃ-NETO, M R, ELKIS H (et col.). *Psiquiatria Básica*. 2ª ed., 2008. Artes Médicas. Cap. 17.

O'BRIEN, M. & MCNICHOLAS, F. The use of telepsychiatry during COVID-19 and beyond. *Irish Journal of Psychological Medicine*, v. 37, p. 250, 2020.

PARISH, M.B. *et al.* Managing Psychiatrist-Patient Relationships in the Digital Age: a Summary Review of the Impact of Technology-enabled Care on Clinical Processes and Rapport." *Current Psychiatry Reports*, v. 19, p. 90, 2017.

PEREIRA, M.D. *et al.* The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. *Research, Society and Development*, v. 9, e652974548, 2020.

RICHARDSON, L.K. *et al.* Current directions in videoconferencing tele-mental health research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, v. 16, p. 323, 2009.

SHORE, J.H. *et al.* Telepsychiatry and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic-Current and Future Outcomes of the Rapid Virtualization of Psychiatric Care. *JAMA Psychiatry*, v. 77, p. 1211, 2020.

SILVEIRA, M.S. *et al.* Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 19, p. 27, 2011.

SORON, T.R. *et al.* The hope and hype of telepsychiatry during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, e50, 2020.

THIBAUT, F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in clinical neuroscience*, v. 19, p. 87, 2017.

VALDAGNO, M. *et al.* Telepsychiatry: New perspectives and open issues. *CNS Spectrums*, v. 19, p. 479, 2014.

CAPÍTULO 38

RELAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS MENTAIS

Palavras-chave: Dependência Química; Transtornos Mentais; Saúde Mental

ANA LUÍSA BRAVIEIRA CARVALHO¹
BEATRIZ CARNEVALLI NUNES¹
LETÍCIA FERREIRA DA FONSECA¹
LUÍS GUILHERME FERREIRA MENEGUCCI¹
SHEILA MARTINS FERREIRA¹



INTRODUÇÃO

A dependência química é uma doença crônica de origem complexa no qual seu diagnóstico é pautado na incapacidade de o indivíduo controlar impulsos e comportamentos perante o uso e abuso de drogas de forma constante. As origens da dependência muitas vezes estão relacionadas a busca do prazer, alívio imediato, além de diversos outros fatores como a necessidade de inclusão social e infância conturbada. A maconha promove sensação de alegria e relaxamento, a cocaína atua dando sensação de prazer ao indivíduo, já que estimula os sistemas simpático e dopaminérgico, o crack causa uma sensação de poder e o álcool sensações de euforia, tudo isso contribui para consolidar o vício.

Dentre os principais transtornos trazidos pela dependência química, estão os Transtornos de Humor (depressão, ansiedade, transtorno afetivo bipolar), Transtornos Psicóticos (esquizofrenia, e transtornos de personalidade) e Transtorno Mental Comum, sendo as drogas mais utilizadas, a maconha, cocaína, crack e álcool. Os transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas (SPAs), assim como a própria dependência química, que já é considerada por si só um transtorno, se tratam de relevantes problemas de saúde pública, uma vez que afetam a vida de milhares de pessoas e trazem prejuízos comportamentais, cognitivos, psicológicos e sociais, sendo por isso necessária a atenção de diversos profissionais para o acompanhamento do dependente químico.

Para demonstrar o que foi relatado acima, o trabalho vai abordar um caso clínico referente a um usuário de drogas que possui transtornos mentais associados.

O paciente da história faz o uso do crack para conseguir amenizar seus surtos psicóticos, porém quando o efeito da droga passa, os sintomas voltam mais fortes, o que acaba levando o mesmo procurar de novo a ajuda da substância ilícita, gerando um ciclo vicioso e de difícil controle.

Com isso, diante do breve exposto, o objetivo desse estudo é apresentar a correlação da dependência química e os transtornos mentais, tendo em vista o grande impacto causado pelas substâncias psicoativas no organismo dos usuários, bem como esta se relaciona, diretamente, ao desencadeamento de surtos e é, além disso, precursora para o desenvolvimento de transtornos mentais.

MÉTODO

O presente estudo se caracteriza como uma revisão de literatura para a compreensão da relação da dependência química e os transtornos mentais, a partir dos dados das revistas científicas SciELO, PubMed e LILACS, entre os anos 2015 a 2021, sendo selecionados 12 artigos científicos para estudo. Os descritores utilizados para busca foram: dependência química, saúde mental e transtornos. Trata-se de uma revisão de literatura com relato de caso elaborado pelos autores deste capítulo, na tentativa de ilustrar o marco teórico dos transtornos mentais vinculados ao uso de substâncias psicoativas.

O caso clínico é pautado na experiência clínica de um dos integrantes e as informações relacionadas a ele foram obtidas por prontuários já previamente elaborados estendendo as diretrizes de casos clínicos já publicados.

CASO CLÍNICO

RMG, sexo masculino, 31 anos, leucoderma, solteiro, natural e procedente de Belo Horizonte – MG, procurou o centro de atendimento do CAPS-AD em 17/02/2015 para dar início ao processo de triagem nesse serviço. RMG concluiu todo o processo, foi admitido e se integrou ao Grupo de Acolhimento para iniciar o tratamento. No primeiro atendimento, o paciente contextualizou sobre seu histórico relatando que desde os 18 anos começou a escutar algumas conversas que o incomodava muito, pontua que essas vozes que conversam “em sua cabeça” perduram até os dias atuais e que além delas, os bichos estavam invadindo sua cama. Acrescenta que tinha alguns “delírios” ao imaginar coisas bizarras que o faziam rir incansavelmente. Após o relato de seu incômodo principal, paciente articula que, também aos 18 anos, começou a fazer uso de drogas e que teve início pouco antes do seu primeiro surto. RMG não sabe descrever e caracterizar o surto, apenas pontua não lembrar o que aconteceu. É um paciente usuário de crack, mas que já usou diversas substâncias, porém, ele acrescenta que nenhuma outra conseguiu exercer a mesma função que o crack: “de calar as vozes”.

O paciente relata sentir alívio ao usar a droga, mas que mesmo aliviado pontua que gostaria de abandonar o uso, pois percebe que, depois do uso, as vozes retornam de forma intensa. Pontua, além disso, que já é adulto e não mais aquele adolescente de 18 anos e que se imagina agora com uma vida de “gente grande” com: casa, carro, dinheiro e que, quando ele precisasse, compraria a droga que ele quisesse com o intuito de “acalmar os nervos e de se aliviar de qualquer outra coisa”. RMG pontua esse fato, pois relata também no

atendimento que conhecia algumas pessoas, com as quais negociava o uso da droga. Ele se oferecia para ir à “boca de fumo” buscar a substância para que, assim, também pudesse usufruir, uma vez que não tinha dinheiro para comprá-la. O paciente enfatiza muito sua relação com a droga e depositando nela uma aliança positiva de alívio e suprimimento mesmo que, em muitas vezes, afirmava também sua vontade de a abandonar, principalmente, pela intensificação dos delírios advindos dela. Ele pontua incansavelmente e é, em diversos momentos, ambíguo que “a droga é única coisa, nessa vida, que o faz bem”.

Em continuidade ao tratamento, RMG, informa a profissional que já havia sido internado algumas vezes em hospitais psiquiátricos, no qual ficou por pouco tempo e que havia relutância só de pensar. O paciente faz uso de medicamentos como: Haldol Decanoato e Akineton, fármacos nos quais o psiquiatra do posto lhe prescreveu. RMG expõe que não utiliza, de forma correta, esses medicamentos, uma vez que não “sente efeito” no Haldol e que, acredita, que a “dose do Akineton é muito fraca”, por isso opta por dosagens maiores ingerindo, assim, grandes quantidades, pois “é o único que, além do crack, claro, consegue me anestesiá-lo e parar minha agitação”. Ao explorar sobre essa agitação o paciente, ele relata: “Fico me sentindo como um vidente, adivinhando tudo o que passa na cabeça das pessoas que conheço, as vozes que ficam conversando e me contam tudo”.

É importante ressaltar a diferença entre os delírios descritos pelo paciente, o primeiro e este último, referem-se ao delírio da psicose funcional, ou seja, de seu transtorno mental. Porém, quando menciona possuir delírios ao imaginar coisas bizarras

que o faziam rir, refere-se, portanto, à psicose induzida por drogas.

Durante muitas sessões, como já exposto, RMG expunha seu desejo de parar com a droga, mesmo tendo um forte laço a ela. Quando medicado corretamente era notório a diminuição do uso da substância, uma vez que era postulado claramente pelo paciente “mas agora, com o Akineton, dá pra ficar sem usar”. O acompanhamento, desta forma, foi direcionado à substituição da substância psicoativa pelo fármaco, na tentativa de um melhor tratamento. Contudo, diante do relato exposto, pensa-se como a droga possui um lugar específico na vida de cada usuário e como esta pode ser um fator desencadeante de psicoses delirantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No caso do paciente em questão, o uso de drogas aconteceu de forma precoce. Nesse contexto, conforme maiores episódios de intoxicação e uso abusivo, menor será a sensibilidade aos efeitos das drogas e assim o indivíduo passa a usar uma maior quantidade e de maneira mais frequente a substância, podendo assim, levar ao desenvolvimento da dependência química.

O paciente havia sido internado algumas vezes em hospitais psiquiátricos. No caso exposto, a droga desencadeou psicoses delirantes. Os dependentes químicos possuem mais chance de desenvolver surtos psicóticos.

Antes de chegar ao crack o paciente já havia usado outras drogas. Assim, ao procurar essa droga já estava com sérios danos causados pelo uso das substâncias psicoativas. É uma droga muito viciante e é difícil que o paciente consiga largá-la.

O crack é uma droga de menor custo e assim é mais fácil que o indivíduo debilitado, sem dinheiro consiga adquiri-la.

Substâncias psicoativas são substâncias naturais ou sintéticas que atuam no sistema nervoso central gerando mudanças fisiológicas e alterações de comportamento, humor e cognição no usuário, e podem determinar dependência física ou psíquica (MARIANO & CHASIN, 2019). O abuso de SPAs, principalmente drogas ilegais, entre os indivíduos, na busca muitas vezes pela fuga dos problemas e influência do meio social, têm se tornado um relevante problema de saúde pública, sendo responsável pelo aumento da morbidade e mortalidade entre os usuários. O uso crônico, na presença de comportamento impulsivo e recorrente perante as drogas caracteriza a dependência química que apresenta sérias consequências para o indivíduo. Cita-se a cocaína, crack, álcool e a *Cannabis* como exemplos importantes de substâncias psicoativas relacionadas ao desenvolvimento de transtornos mentais.

Cocaína e crack

A cocaína é uma substância de origem vegetal, um alcaloide da planta de coca (*Erythroxylon coca*). A planta que lhe dá origem foi descoberta há milhares de anos e muito utilizada devido às suas propriedades psicoestimulantes. Porém, somente no século XIX foi descoberta a fórmula da cocaína, sendo que essa conquistou uma enorme influência clínica e social, já que era utilizada como matéria-prima de vários fármacos e tônicos. Inicialmente a droga era utilizada para combater dores de dentes em crianças e para o tratamento da gota (doença autoimune que causa dores fortes nas articulações). O pai da psicanálise, Sigmund Freud, foi um dos

grandes responsáveis por descobrir e expor as propriedades farmacológicas da coca. Freud então embarcou na teoria de que a droga poderia ser utilizada no tratamento de doenças mentais.

Estima-se que, atualmente, 14 milhões de pessoas façam uso abusivo de cocaína. Sabe-se que o crack é um subproduto da cocaína, tendo surgido na década de 80, se tornando uma das drogas conhecidas mais preocupantes pelo seu alto poder de dependência e vício. O crack, é produzido a partir de cocaína, cloridrato da cocaína, amônia e água destilada, formando assim, pequenos grãos. Esse pode ser consumido por meio de aspiração ou fumado. Dessa forma, o uso abusivo dessas substâncias está associado a inúmeros problemas de ordem física, psiquiátrica e social.

Cita-se a cocaína e o crack como as principais drogas psicoativas, já que exercem seus efeitos como poderosos estimulantes do SNC. Sua ação mais evidenciada é conhecida pelo acúmulo de monoaminas – dopamina (DA), noradrenalina (NA) e serotonina (5-HT) – na fenda sináptica, ocasionado pelo bloqueio da recaptação desses neurotransmissores nos terminais nervosos pré-sinápticos, resultando na super estimulação dessas vias (ALMEIDA, 2006; RANG & DALE, 2007; SILVA, 2010). Assim, o mecanismo anteriormente citado faz com que o usuário vivencie sensações de prazer e euforia externados, muitas vezes através de sintomas como desinibição, redução do apetite e do sono, diminuição da fadiga no momento da ação da droga no organismo e hiperatividade.

Tais efeitos fazem com que essas drogas sejam bastantes atrativas e seu uso diminui substancialmente a qualidade de vida do paciente, visto que é frequente o abandono

das atividades profissionais e sociais em prol da droga. As drogas de abuso atuam no sistema dopaminérgico que é caracterizado pela via mesocorticolímbica, composta pelo núcleo accumbens, área tegmentar-ventral, amígdala e o córtex pré-frontal, que fazem parte do Sistema de Recompensa Cerebral (SRC) (PULCHERIO *et al.*, 2010; DIEHL *et al.*, 2011). No que se remete ao uso crônico indiscriminado de tais drogas, é possível perceber o efeito da tolerância, ocasionado pela depleção de receptores pós-sinápticos de dopamina, fazendo com que o usuário necessite de dosagens cada vez maiores da substâncias para que sinta os efeitos que anteriormente experimentava. A repetição desse processo constitui a base bioquímica do ciclo de euforia/disforia, que caracteriza a síndrome de dependência da droga.

Dessa maneira, diante do vício psicológico, o utilizador dessa droga desenvolve um claro comportamento compulsivo em busca da mesma denominada “*craving*” ou “fissura”. A dependência fisiológica ocorre pela adaptação dos neurônios à presença de substâncias químicas, reassumindo sua função parcialmente normal. Com isso, os neurônios não conseguem funcionar normalmente quando há a ausência da droga e este fato resulta na perturbação do funcionamento celular, conhecida como síndrome de abstinência (KOSTEN, 2005; SILVA *et al.*, 2010; DIEHL *et al.*, 2011).

Assim, as consequências dessa dependência fisiológica podem ser caracterizadas pela disforia, irritabilidade, sudorese, palpitações, ansiedade extrema e até mesmo delírio. Também é válido ressaltar que o uso de tais drogas afeta diretamente o estado motivacional e a capacidade de resposta do indivíduo, uma vez que age inibindo os

transportadores dos neurotransmissores monoaminérgicos (NA e 5-HT).

Álcool

É considerado como alcoolismo a intoxicação, aguda ou crônica, provocada pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas e constitui um problema médico quando coloca em risco a integridade física ou mental do indivíduo. Sendo assim, o alcoolismo é, atualmente, um problema de saúde pública.

Esse é considerado uma patologia pela Organização Mundial da Saúde e seu uso constante, progressivo e abusivo compromete o adequado funcionamento fisiológico do organismo, já que essa enfermidade age como fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças. Tal droga tem ação sob o sistema nervoso central causando diminuição da consciência, memória, percepção e sensibilidade. Dessa forma, diante de uma visão leiga, o álcool pode ser considerado uma boa ferramenta para impulsionar o convívio social ao tornar seus usuários mais desinibidos e promover um certo grau de relaxamento, mas que seu uso exacerbado promove sérios prejuízos cerebrais.

Sobre a neurofarmacologia do álcool, pode-se afirmar que a referida substância é depressora do sistema nervoso central, provocando uma desorganização geral da transmissão dos impulsos nervosos nas membranas excitáveis. Os efeitos desses envolvem os receptores glutamatérgicos – NMDA, sistemas serotoninérgicos (5-HT), dopaminérgicos e opioides. Cita-se como um efeito negativo do álcool sobre o Sistema Nervoso Central após a ingestão de doses tóxicas de álcool, a popular “ressaca”, sendo essa caracterizada por diferentes efeitos mentais e físicos. Um corpo extensivo de

pesquisas indicou que o consumo crônico do álcool (isto é, abuso e dependência) são associados com anormalidades na morfologia do cérebro, metabolismo cerebral de glicose e aminoácidos, sistema transmissor colinérgico e monoaminérgico, função e estrutura microcelular, fluxo sanguíneo cerebral regional e neurocognição (GANSLER *et al.*, 2000; SULLIVAN, 2000). Dessa forma, o álcool tem sua ação, preferencialmente, sobre as membranas das células, impedindo que essas funcionem de maneira adequada, promovendo, assim, um descontrole fisiológico celular.

No que se refere à dependência alcoólica, infere-se que fatores como o fato do álcool ser uma droga de fácil acesso com preço de custo baixo e alto potencial de causar vício faz com esse seja consumido e comercializado de maneira que a população, em geral, banalize seus efeitos. Assim, a dependência é ocasionada pelo consumo corriqueiro e exagerado que fazem com que essa se expresse através da dependência física manifestada por sintomas clínicos quando a concentração de álcool no cérebro declina. A justificativa fisiológica da dependência química se dá através do fato de que o álcool produz na região do núcleo accumbens um estímulo de reforço para a atitude compulsiva de consumir a bebida.

O núcleo accumbens é considerado como “centro do prazer cerebral”, já que está diretamente relacionado com os sentimentos de recompensa, de prazer e também do vício, sendo este localizado em posição central e interior do cérebro. Dessa forma, o etanol faz com que haja maior liberação de dopamina nessa região cerebral o que faz com que o usuário sinta maiores níveis de prazer semelhantes quando se ingere um alimento com bom gosto e quando se tem relação

sexual, sendo, portanto, uma estimulação cerebral reforçadora.

Cannabis

A Cannabis é a droga ilícita mais usada no mundo. A droga está fortemente associada à benefícios medicinais e é descrita em muitos casos como uma droga inofensiva. O uso recreativo da maconha é permitido em alguns lugares como a Holanda, porém há inúmeros riscos advindos do abuso dessa substância que devem ser levados em consideração. Cita-se, por exemplo, o desenvolvimento de transtornos mentais como um importante risco causado pela exposição à essa substância. Estudos apontam a relação da ocorrência de surto psicótico e esquizofrenia em pacientes com predisposição, além de doenças como a ansiedade e depressão.

O início do contato com a maconha, geralmente acontece na adolescência. Nesse período há forte influência dos círculos sociais, somados à maiores conflitos familiares. Nesse contexto, a maconha é usada para aliviar frustrações do indivíduo. Possui efeitos euforizantes e, a princípio, permite que o indivíduo experimente a sensação de alegria e em alguns casos também foi relatado que a droga promove o relaxamento (HENRIQUES *et al.*, 2020).

A intoxicação pela maconha pode acontecer. Frente a isso, o indivíduo pode apresentar pupilas avermelhadas, sensações dissociativas, ansiedade e ataques de pânico. Os efeitos da maconha estão relacionados ao tempo de exposição à droga, quantidade, potência da substância e precedentes genéticos. O desenvolvimento de transtornos mentais ocorre devido ao uso abusivo dessa substância que leva à dependência e assim o desenvolvimento de tolerância ao tetra-

hidrocanabinol (THC) e frequentes sintomas de abstinência como ansiedade, insônia, perturbação do apetite e depressão (HENRIQUES *et al.*, 2020).

Dentre as diversas consequências frente ao uso de SPAs, encontram-se as manifestações de transtornos mentais, em especial, transtornos de humor (depressão, ansiedade, TAB) e transtornos psicóticos (esquizofrenia, transtornos de personalidade), além do Transtorno Mental Comum, caracterizado por sintomas depressivos, ansiosos e somáticos, como irritabilidade, fadiga, insônia, preocupação excessiva, redução da capacidade de concentração e distúrbios de memória.

Transtornos de humor

A depressão e a ansiedade são os transtornos mais prevalentes dentre os transtornos de humor ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão corresponde a um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza e/ou irritabilidade, perda de interesse em atividades do cotidiano, diminuição de concentração, memória, autoestima, alterações de sono, apetite, entre outros. Já a ansiedade é definida como um estado de humor desconfortável, com apreensão negativa em relação ao futuro e inquietação interna desagradável, incluindo manifestações somáticas e fisiológicas, tais como a sudorese, tremores, tontura e taquicardia, assim como manifestações psíquicas (inquietação interna, apreensão e desconforto mental) (UNASUS, 2021).

Os transtornos mentais, incluindo o transtorno de humor, podem apresentar causalidade recíproca, ou seja, o uso de SPAs como causa ou consequência do transtorno

mental. O indivíduo pode vir a fazer uso de substâncias psicotrópicas na tentativa de minimizar os sintomas ansiosos e depressivos, o que acontece a curto prazo, no entanto, frente a cronicidade do uso a médio prazo, os sinais e sintomas são exacerbados. Desse modo, o uso de SPA que antes era consequência do transtorno mental, vem a ser causa, uma vez que a exacerbação dos sintomas dificulta o não uso pelo usuário, piorando o quadro (UNASUS, 2021).

Sendo causa ou consequência para quadros de transtorno de humor, as SPAs interferem negativamente na saúde mental dos usuários, cursando com quadros depressivos, em especial, uma vez que traz consigo o descaso com o autocuidado, perda de interesse em atividades cotidianas, rompimento de vínculos sociais e familiares, redução de autoestima, perda do autorrespeito, sensação de solidão e ainda, provoca maior risco de suicídio, principalmente quando associada ao uso de mais de uma substância (MOREIRA *et al.*, 2020b).

Dentre as substâncias psicoativas, a maconha, em especial, é vista como fator de risco para desenvolvimento precoce de transtornos mentais, visto que um único uso aumenta as chances do indivíduo de apresentar transtornos de humor, com chance de apresentar depressão aumentada em 1,62 vezes e, ainda, cerca de 65,8% dos usuários de maconha e cocaína apresentam risco de depressão no Brasil segundo estudo. O abuso de álcool também é frequente nesses quadros (MOREIRA *et al.*, 2020a).

Além do tratamento farmacológico, as intervenções em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) têm sido muito estudadas nos últimos anos, mostrando efetividade por meio de suas evidências para o tratamento destes transtornos. Em alguns

casos, de acordo com estudos, o tratamento dos transtornos depressivos por meio da TCC apresentou maior efetividade quando combinada com medicamentos do tipo ISRS. Em pacientes com quadro de bipolaridade com predominância depressiva, o melhor tratamento farmacológico verificado – combinado com TCC – tem sido por meio do uso de valproato, lítio e lítio combinado com imipramina. Em pacientes cuja predominância do transtorno está na fase maníaca, o melhor tratamento tem sido o uso de olanzapina e TCC (DEWES *et al.*, 2010).

Transtornos psicóticos e de personalidade

A esquizofrenia é o transtorno psicótico mais prevalente dentre aqueles causados por uso de SPAs, seguido por manifestações de alguns transtornos de personalidade.

Os sintomas característicos da esquizofrenia incluem alterações em quase todas as funções da esfera psíquica, ou seja, percepção, pensamento, linguagem, memória e funções executivas. Os sintomas são divididos em sintomas positivos (alucinações, delírios, comportamento bizarro, alteração formal do pensamento) e sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia, abulia-apatia, anedonia, atenção). Enquanto os sintomas positivos caracterizam manifestações psíquicas que deveriam estar ausentes, os sintomas negativos são a ausência de manifestações psíquicas que deveriam estar presentes. O quadro cursa, na maioria das vezes, com declínio de funções psíquicas e dificuldade de relacionamento social do indivíduo.

Vale ressaltar que o uso de drogas psicoestimulantes, como cocaína, crack, e alucinógenas, como maconha, podem

precipitar a manifestação de episódios psicóticos (SILVA *et al.*, 2019).

Já os Transtornos de Personalidade correspondem a padrões persistentes de experiências subjetivas e padrões comportamentais destoantes daquele considerado “normal” no padrão social em que o indivíduo está inserido. É um quadro que leva ao sofrimento e prejuízo psíquico e social, cursando com repertório emocional e comportamental limitado. Dentre os transtornos de personalidade associadas ao uso de drogas, observa-se uma ocorrência mais significativa do transtorno de personalidade antissocial, em especial, em usuários de álcool e derivados de cocaína, sendo a cocaína uma droga capaz de produzir intensos sintomas psiquiátricos como agitação, paranoia, hipervigilância, violência, alucinações, delírios, também cursando com psicoses de quadros de esquizofrenia (SILVA *et al.*, 2018).

O estudo Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos, entrevistando 32 indivíduos, buscou verificar a frequência de transtornos psiquiátricos em dois grupos de dependentes químicos, cocaína/crack e álcool/cocaína/crack. Em relação aos resultados, notou-se que dentre os transtornos da personalidade, o grupo formado pelos dependentes de álcool/cocaína/crack apresentou alto índice de Transtorno de Personalidade Antissocial, em uma porcentagem equivalente a 53,3%, enquanto os transtornos ansiosos, observaram maior prevalência agorafobia nos dependentes de cocaína/crack (SCHEFFER & PASA, 2010).

Em relação ao tratamento, além de medidas farmacológicas, intervenções psicossociais são de extrema importância, ressaltando a necessidade de abordagens que

facilitem a adesão do paciente ao tratamento, bem como envolvimento dos familiares e equipe multidisciplinar (SILVA *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

A dependência química acaba por gerar um ciclo constante de piora no quadro do vício. Com o passar do tempo, se tornam necessárias quantias cada vez maiores de SPAs para controlar os sinais e sintomas de abstinência, que incluem também transtornos mentais. Esse ciclo de piora se mostra evidente no paciente em questão, que alega que após o uso do crack, “as vozes” de sua cabeça parecem voltar de maneira mais intensa, sendo que as únicas coisas que conseguem “calar as vozes” são, o uso da droga e a medicação em dosagem acima da recomendada pelo médico.

Abordar esse tipo de situação, exige além de força de vontade do próprio paciente, uma equipe multidisciplinar, visitas frequentes ao médico para controle da medicação e até mesmo internação para driblar os sintomas de abstinência.

De um modo geral, as drogas mais utilizadas pelos dependentes são álcool, maconha, cocaína e crack. O uso do álcool apesar de disseminado e considerado uma boa ferramenta para impulsionar o convívio social, principalmente pela facilidade de aquisição e banalização, pode vir a causar sérios danos na saúde de quem o consome. A maconha é ilegal em muitos países, mas por ser considerada uma droga inofensiva, acaba apresentando altas taxas de uso. O grande problema é que ela não é tão inofensiva, já que em pacientes com predisposição pode desencadear depressão, esquizofrenia, transtornos ansiosos, dentre outros.

A cocaína e o crack, tem alto poder de dependência e vício, sendo, dentre as

comentadas, as com maior poder de destruição do usuário.

Quanto aos transtornos ocasionados pelo uso de SPAs, os mais comuns são

transtornos de humor, e transtornos psicóticos, sendo importante salientar que a própria dependência química já é considerada um transtorno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, R.N. Psicofarmacologia: princípios práticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DEWES, D. *et al.* Efetividade da terapia cognitivo-comportamental para os transtornos do humor e ansiedade: uma revisão de revisões sistemáticas. Revista de psicologia da IMED, v. 2, p. 385, 2010.

DIEHL, A. *et al.* Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas – Porto Alegre: Artmed, 2011.

GANSLER, D.A. *et al.* Hypoperfusion of inferior frontal brain regions in abstinent alcoholics: A pilot SPECT study. Journal of Studies on Alcohol, v. 61, p. 32, 2000.

HENRIQUES, A.L.C.R. *et al.* Relação do uso da cannabis com o desenvolvimento de transtornos mentais: revisão bibliográfica. Brazilian Journal of Development., v. 6, p. 89255, 2020.

KOSTEN, T.R. Abuso de Drogas. In: KATZUNG, B.G. Farmacologia: básica e clínica; Supervisão de tradução de Penildon Silva e Tradução de Patrícia LydieVoeux. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MARIANO, T.O. & CHASIN, A.A.M. Drogas psicotrópicas e seus efeitos sobre o sistema nervoso central. Revista Acadêmica Oswaldo Cruz, v. 22, p. 1, 2019.

MOREIRA, R.M.M. *et al.* Mental disorder and suicide risk in psychoactive substance users: an integrative review. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, v. 16, p. 1, 2020b.

MOREIRA, R.M.M. *et al.* Transtorno mental comum em usuários de substâncias psicoativas. Enfermagem em Foco, v. 11, p. 99, 2020a.

PULCHERIO, G. *et al.* Crack – da pedra ao tratamento. Revista da AMRIGS, v. 54, p. 337, 2010.

RANGE, H.P. & DALE, M.M.. Farmacologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SCHEFFER, M. & PASA, G.P. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos; v. 26, p. 533, 2010.

SILVA, D.A.S. *et al.* Relação entre transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas. Ciência (In) Cena Bahia, v. 1, p. 38, 2018.

SILVA, P. Farmacologia. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

SILVA, P. Farmacologia. São Paulo: Manole, 1997. Cap. 39.

SULLIVAN, E.V. Neuropsychological vulnerability to alcoholism: Evidence from neuroimaging studies. In: NORONHA, A. *et al.* (eds.). Review of NIAAA's neuroscience and behavioral research portfolio. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) Research Monograph No. 34. Bethesda, MD: NIAAA, 2000. pp. 473–508.

UNASUS. A UNA-SUS. Disponível em :<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual>. Último acesso em 30 de março de 2021.

ÍNDICE REMISSIVO

- Acadêmicos de Medicina*, 229
Acolhimento Terapêutico, 20
Alimentação Saudável, 174
Anápolis, 64
Ansiedade, 37, 138, 265
Ansiolítico, 138
Atenção Primária, 150
Atendimento Educacional Especializado, 64
Atividade Física, 28
Autism Spectrum Disorder, 11
Autismo, 11
Avaliação Epidemiológica, 1
Bipolaridade, 109
Burnout, 322
Canabidiol, 138
Cetamina, 188
Comportamento Suicida, 252
Coronavirus, 11, 58
COVID- 19, 293
COVID-19, 1, 37, 213, 322, 337
Deficiência Intelectual, 64
Dependência Química, 350
Depressão, 109, 188, 229, 307
Depressão Pós Parto, 313
Depressão Pós-Parto, 127
Depressão Puerperal, 313
Depressão Refratária, 76
Depressive Disorder, 223
Diagnóstico, 277
Disfunção Sexual, 307
Distúrbios do Sono, 119
Educação em Enfermagem, 87
Efeito-Werther, 144
Eletroconvulsoterapia, 188, 243
Emoções, 119
Epilepsia, 109
Escetamina, 76
Esquizofrenia Paranoide, 286
Estigma Social, 127
Estudantes de Medicina, 161
Estudos Transversais, 161
Farmacologia, 76
Fluoxetina, 307
HIV, 179
Humor, 28
Idoso, 43
Infância, 277
Infecção por Coronavírus, 271
Infecções por Coronavírus, 43
Internet Addiction Disorder, 293
Intervenções Psicossociais, 196
Inventário Beck, 229
Jovens, 28
Medicina, 229, 286, 337
Mental Health, 58, 293
Mídia, 144
Musicoterapia, 265
Pandemics, 58
Pediatria, 101, 271
Pessoas LGBTQIA+, 196
Prevalência, 161
Privação de Sono, 119
Profissionais de Saúde, 322
Psicopatologia, 313
Psicose, 109
Psiquiatria, 101, 213, 286
Puerpério, 313
Recursos Audiovisuais, 87
Redução de Danos, 20
Saúde Mental, 37, 43, 87, 127, 150, 174, 179, 196, 271, 350
Sedentary Behavior, 223
Somatização, 94
Suicídio, 144, 150, 252
Telepsiquiatria, 337
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, 277
Transtorno de Estresse Pós-Traumático, 1
Transtorno de Humor, 252
Transtornos alimentares, 101
Transtornos Mentais, 94, 161, 179, 350
Transtornos Psiquiátricos, 213, 243
Transtornos Somatoformes, 94
Tratamento, 243, 265
Usuário de Drogas, 174
Vulnerabilidade Social, 20

