# SAÚDE MENTAL

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

VOLUME 1

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

EDITORA

# SAÚDE MENTAL

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

VOLUME 1

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

EDITORA
PARTEUS

Copyright © 2021 por Editora Pasteur
Os pontos de vista dos capítulos são de responsabilidade dos seus respectivos autores, não refletindo necessariamente a posição da Editora Pasteur ou da sua equipe editorial.

**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. 1 vol - Irati: Pasteur, 2021.

1 livro digital; 372 p.; il.

Modo de acesso: Internet

https://doi.org/10.29327/534559

ISBN: 978-65-86700-32-9

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.

**Drª. 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**

OS PSICOFÁRMACOS E O PAPEL DA ENFERMAGEM. .....1

**Capítulo 2**

ATIVIDADE FÍSICA COMO PLANO TERAPÊUTICO E MEDIDA PREVENTIVA PARA DEPRESSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....13

**Capítulo 3**

POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ANÁLISE INTEGRATIVA.....26

**Capítulo 4**

AUTOMUTILAÇÃO SEM INTENÇÃO SUICIDA E FATORES ASSOCIADOS ENTRE ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO.....36

**Capítulo 5**

IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA IDOSOS: ASPECTOS PSICOLÓGICOS .....47

**Capítulo 6**

PANDEMIA POR COVID-19 E RISCO PARA SUICÍDIO: REFLEXÃO SOBRE OS IMPACTOS E A NECESSIDADE DE REESTRUTURAÇÃO ASSISTENCIAL .....57

**Capítulo 7**

PRÁTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA E O TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....64

**Capítulo 8**

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ÁLCOOL NO BRASIL: SEMIOLOGIA E PREVENÇÃO .....77

# SUMÁRIO


**Capítulo 9**

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....82

**Capítulo 10**

SAÚDE MENTAL EM FOCO: SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS .....92

**Capítulo 11**

O SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL DO PORTADOR DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA .....102

**Capítulo 12**

TRANSTORNOS DE HUMOR NO BRASIL: PANORAMA SEMIOLÓGICO E PREVENTIVO.....108

**Capítulo 13**

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE TECNOLOGIA E SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES .....113

**Capítulo 14**

OS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE À COVID-19 .....121

**Capítulo 15**

TERAPIAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....127

**Capítulo 16**

TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL E INDÚSTRIA DA BELEZA: REVISÃO DE LITERATURA .....144

# SUMÁRIO

**Capítulo 17**

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE NATUREZA E O SEU IMPACTO NO PROCESSO DE APRENDIZADO PARA A FORMAÇÃO DO SUJEITO HOLÍSTICO.....150

**Capítulo 18**

REDES SOCIAIS E TRANSTORNOS ALIMENTARES NA JUVENTUDE.....162

**Capítulo 19**

POTENCIAL TERAPÊUTICO DA QUETAMINA EM PACIENTES COM DEPRESSÃO REFRATÁRIA AO TRATAMENTO E IDEAÇÃO SUICIDA.....172

**Capítulo 20**

PREVENÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO IDOSO NO COMBATE AO SUICÍDIO: REVISÃO DE LITERATURA .....185

**Capítulo 21**

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....194

**Capítulo 22**

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....202

**Capítulo 23**

FATORES DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM UNIVERSITÁRIOS DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19.....208

**Capítulo 24**

PORTADORA DE DEPRESSÃO CRÔNICA ASSOCIADA A MUTAÇÕES DOS GENES C677T E A1298C DA MTHFR .....218

# SUMÁRIO

**Capítulo 25**

O IMPACTO PSICOLÓGICO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER ..... 224

**Capítulo 26**

PANDEMIA COVID-19 E O AUMENTO DA DEPRESSÃO INFANTIL ..... 234

**Capítulo 27**

OS IMPACTOS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS DO CÂNCER DE MAMA E SEUS EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DA MULHER ..... 242

**Capítulo 28**

A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS VÍTIMAS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO ..... 249

**Capítulo 29**

A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL, DIANTE A PANDEMIA DA COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA ..... 258

**Capítulo 30**

TRANSTORNOS MENTAIS EM IDOSOS FRENTE AO TRATAMENTO DE CÂNCER DE PRÓSTATA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA ..... 270

**Capítulo 31**

AS DOENÇAS HEPÁTICAS RELACIONADAS AO ALCOOLISMO DESENCADEADO POR ESTRESSE PSICOLÓGICO E ANSIEDADE ..... 279

**Capítulo 32**

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE EM ENFERMEIROS (AS): ANÁLISE A PARTIR DA SÉRIE “NURSES WHO KILL” ..... 290

# SUMÁRIO


**Capítulo 33**

AS VANTAGENS DA UTILIZAÇÃO DA QUETAMINA NA TERAPÊUTICA COGNITIVA-EMOCIONAL DA DEPRESSÃO RESISTENTE NA SOCIEDADE MODERNA .....297

**Capítulo 34**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....304

**Capítulo 35**

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA ..... .....311

**Capítulo 36**

OS IMPACTOS DO REIKI NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO .....324

**Capítulo 37**

PSICOFARMACOTERAPIA ATRIBUÍDA À IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DO COVID -19 .....330

**Capítulo 38**

A IMPORTÂNCIA DE UMA INTERVENÇÃO AMPLA NO PROCESSO PSICOPATOLÓGICO DA ANOREXIA NERVOSA E DA BULIMIA NERVOSA NA CONTEMPORANEIDADE .....342

**Capítulo 39**

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: ASPECTOS CONCEITUAIS, PAPEL DA FAMÍLIA E DIREITOS DA PESSOA AUTISTA .....349

# SUMÁRIO

**Capítulo 40**

REFLEXOS DA PANDEMIA DE COVID-19 PARA SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA ..... .....361

# CAPÍTULO 1

# OS PSICOFÁRMACOS E O PAPEL DA ENFERMAGEM

*Palavras-chave: Psicotrópicos; Enfermagem; Saúde Mental*

MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES[1]
MATEUS IBIAPINA VAZ DE SOUSA CRUZ[2]
INGRID RAQUEL LIMA VIEIRA[2]
EUKÁLIA PEREIRA DA ROCHA[3]
TAINAN MOURÃO DE SOUSA[2]
KAREN BEATRIZ OLIVEIRA DE ABREU[2]
BRUNA VICTÓRIA DA SILVA PASSOS[2]
MARIA EDUARDA PEREIRA CORREIA[2]
WELLINGTON MACÊDO LEITE[2]
DOUGLAS VIEIRA DE OLIVEIRA[2]

1. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.
2. Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.
3. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

## INTRODUÇÃO

Conforme dados da *World Health Organization* (WHO), no mundo cerca de 700 milhões de pessoas apresentaram algum transtorno mental e problemas relacionados com o abuso de álcool e/ou outras drogas, o que acarreta para o indivíduo grande carga de sofrimento no âmbito social, individual e familiar. Estima-se ainda que, 350 milhões de pessoas irão sofrer de depressão e 90 milhões terão alguma desordem decorrente do abuso ou dependência de substâncias. Ademais, os transtornos mentais já correspondem a 13% do total de todas as patologias no mundo (WHO, 2013).

Estes transtornos constituem no presente, um desafio na agenda de saúde, tanto em países desenvolvidos como de países em desenvolvimento, se configurando como uma incumbência importante para os serviços públicos. Calcula-se que 30% dos adultos em todo o mundo atendam aos critérios de diagnóstico para qualquer transtorno mental, e em torno de 80% daqueles que sofrem com transtornos mentais vivem em países de baixa e média renda (STEEL *et al*., 2014).

Estudo referente à carga global de doenças apontou que, mundialmente, tais patologias correspondem a 32,4% dos anos de vida vividos com incapacidade (VIGO *et al.*, 2016) e, no Brasil, dados recentes demonstraram que os transtornos depressivos e ansiosos respondem, respectivamente, pela quinta e sexta causas de anos de vida vividos com incapacidade (GBD BRAZIL COLLABORATORS, 2018).

Uma das principais intervenções feitas a indivíduos com transtorno mental é a utilização de terapia medicamentosa, a qual proporciona melhora significativa na qualidade de vida ao diminuir ou extinguir os sinais e sintomas referentes à doença (BORBA *et al*., 2018). No tratamento de doenças mentais crônicas são utilizadas diversas opções que vão desde a psicoterapia até a utilização de fármacos atuantes no Sistema Nervoso Central (SNC), e estes possuem grande importância no tratamento de doenças em estágios mais avançados (SOUZA & KOPITTKE, 2016).

Desta maneira, no tratamento dessas patologias uma ferramenta muito importante é o uso de psicofármacos, estes atuam alterando a atividade mental e aliviando os sintomas dos transtornos psiquiátricos (CARDOSO & GALERA, 2015). Ainda auxiliam na reintegração do indivíduo ao meio familiar e social, podendo contribuir para diminuição do número de recaídas (XAVIER *et al*., 2014). São substâncias que estão sujeitas ao controle especial por poderem causar dependência, apesar de serem medicamentos essenciais e seguros (ANDRADE *et al.*, 2004). Atuam no SNC e são os mais amplamente utilizados, agindo contra diversas enfermidades psiquiátricas, mas também possuem ação contra condições que afetam o bem estar geral, como dores e febre (KATZUNG & TREVOR, 2017).

Em linhas gerais, os fármacos atuam no organismo num mecanismo semelhante a uma chave e fechadura, onde o fármaco é associado à chave e o local de atuação do organismo atua como a fechadura. Sendo assim, os fármacos podem ter um papel agonista ou antagonista, desencadeado determinadas respostas no organismo (FISCHER, 1894).

Ao longo dos anos ocorreram muitas mudanças nos sistemas de saúde, assim a abordagem de pacientes com transtornos mentais mudou a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, deixando de

ser centrada unicamente na terapia medicamentosa e passou a voltar-se para a reabilitação psicossocial do indivíduo, englobando diversos procedimentos e áreas de atuação, desde a psiquiatria até a assistência social (CZARNOBAY *et al.*, 2018) e enfermagem. Contudo, a terapia medicamentosa ainda permanece ocupando papel importante em meio a esse novo cenário e, sendo a equipe de enfermagem responsável pela administração dos fármacos, necessita de atualização constante sobre essas substâncias, para adotar os cuidados necessários, bem como para orientar adequadamente os usuários e familiares.

Nessa perspectiva, o presente estudo apresenta como objetivo discutir os principais psicofármacos e outros medicamentos adjuvantes utilizados no tratamento dos usuários de um hospital público psiquiátrico, bem como os cuidados de enfermagem.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa, que consiste na análise da literatura publicada em livros, artigos e periódicos científicos sobre psicofármacos e outros medicamentos adjuvantes utilizados no tratamento dos transtornos mentais, bem os cuidados de enfermagem. O estudo foi motivado a partir do relato de experiência que retrata a vivência dos participantes do projeto de extensão: "O cuidar de Enfermagem em Saúde Mental na perspectiva da ressocialização", da Universidade Federal do Piauí – UFPI, realizado no Hospital Público Psiquiátrico, referência no Estado do Piauí, voltado à assistência em saúde mental de alta complexidade.

Inicialmente, foram elencados os principais psicofármacos e outros medicamentos adjuvantes utilizados pelos usuários da instituição. Em seguida, procedeu-se a revisão narrativa com vistas a desvelar o conhecimento geral sobre os fármacos e o papel da enfermagem nesse processo. Não se fez necessária a submissão deste trabalho para aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, pois não houve envolvimento direto ou indireto do paciente, nem foram coletados dados pessoais para realização do estudo em tela.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Principais psicofármacos e medicamentos adjuvantes utilizados em um serviço especializado de saúde mental

O SNC é composto por um complexo sistema que tem como agente principal o neurônio, célula que é responsável por propagar as sinapses (comunicação por meio de agentes químicos) de uma célula para outra e propiciar as respostas que o organismo reproduz após a interpretação do cérebro ou da medula espinal (KATZUNG & TREVOR, 2017).

Essas sinapses ocorrem através dos neurotransmissores que são compostos químicos produzidos nos neurônios, e são encarregados da sinalização celular por meio de sinapses. E estes neurotransmissores funcionam como mediadores químicos que regulam as atividades do sistema nervoso central e periférico, para gerir a homeostase (GUYTON & HALL, 2016). Alguns desses compostos químicos têm ligação direta com transtornos mentais, como a serotonina e norepinefrina, associadas à depressão e a ansiedade, e dopamina, associada à

esquizofrenia e transtorno bipolar (KATZUNG & TREVOR, 2017).

Atualmente, cerca de 10-15% das prescrições médicas feitas nos Estados Unidos da América (EUA) são para medicações que visam interferir nos processos mentais: seja para sedar, estimular ou, de algum modo, mudar o humor, o raciocínio ou o comportamento. Essa prática ocorre não somente em razão da alta frequência de distúrbios psiquiátricos primários, mas também, devido à ocorrência de reações emocionais quase inevitáveis em pessoas com doenças clínicas (BRUNTON *et al.*, 2010). Desta forma estes fármacos possuem diferentes usos e classificações, se dividindo em quatro categorias: ansiolíticos-sedativos; antidepressivos; estabilizadores do humor e antipsicóticos ou neurolépticos (FIGUEIREDO, 2015).

Os fármacos utilizados no tratamento da ansiedade, os ansiolíticos, são classificados como sedativo-hipnóticos e podem ser divididos em diferentes categorias, como os benzodiazepínicos e os barbitúricos. Eles atuam em um receptor da célula neuronal chamado $GABA_A$, responsável pela abertura de um canal que propicia a sinapse. Ao se acoplarem a esse receptor, o canal, por meio de um mecanismo, se fecha e assim inibe a propagação da sinapse (KATZUNG & TREVOR, 2017).

Dessa forma, os ansiolíticos atuam deprimindo o SNC, causando sensações que vão desde a sedação até o coma, a depender do medicamento utilizado e da dose (KATZUNG & TREVOR, 2017). O maior representante da classe são os benzodiazepínicos, um dos medicamentos mais prescritos mundialmente, como o Diazepam, Clonazepam, Alprazolam e o Midazolam (CARVALHO *et al.*, 2016).

Em razão dos seus possíveis efeitos é necessária cautela no uso destes medicamentos, devido à possibilidade de causar dependência química (GRUBER & MAZON, 2014), além de ter efeito exacerbado ao ser administrado com outras substâncias, como o álcool, e acarretar em uma depressão grave do SNC. Em caso de depressão grave do SNC causado por uma superdosagem de um benzodiazepínico, o Flumazenil é o psicofármaco a ser administrado por ser antagonista do receptor dos benzodiazepínicos (KATZUNG & TREVOR, 2017).

Atualmente, os psicofármacos de primeira escolha para o tratamento do transtorno da ansiedade são os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e os inibidores da recaptação de serotonina-norepinefrina (IRSN), classe mais recente de antidepressivos. Sabe-se que existem diversos fatores relacionados ao transtorno da depressão, sendo um deles uma disfunção da quantidade ou ação de neurotransmissores, como a serotonina, norepinefrina e dopamina, neurotransmissores responsáveis pela regulação do humor, prazer, compensação e atuação em casos de estresse e que requerem ações rápidas (KATZUNG & TREVOR, 2017).

Os antidepressivos podem ser divididos em diversas classes, como os ISRS, que atuam impedindo que a serotonina seja englobada pelos neurônios e, assim, aumenta a quantidade de serotonina disponível para a sinapse, aumentando a atividade serotoninérgica do organismo (KATZUNG & TREVOR, 2017). Esta classe é a mais utilizada no tratamento de jovens, em razão da sua ação seletiva e seus efeitos colaterais serem mais toleráveis (USALA *et al.*, 2008). Dentre os principais representantes dos ISRSs

temos a Fluoxetina, Citalopram, Escitalopram, Paroxetina e Sertralina (KATZUNG & TREVOR, 2017).

Já os antidepressivos Inibidores da IRSN possuem basicamente o mesmo mecanismo dos ISRSs, impedindo que a serotonina e norepinefrina sejam incorporados de volta aos neurônios e, assim, aumentam sua quantidade na fenda sináptica (espaço entre os neurônios e onde ocorre a liberação e receptação dos neurotransmissores). Os principais IRSNs são Duloxetina, Venlafaxina e Levomilnaciprana (KATZUNG & TREVOR, 2017).

Existem, ainda, os antidepressivos tricíclicos (ADTs) que também possuem a função de aumentar a quantidade de serotonina e norepinefrina na fenda sináptica, todavia, os tricíclicos não são inibidores seletivos e podem causar efeitos em outros receptores do organismo, como nos receptores dos músculos lisos do intestino, podendo acarretar em constipação. A indicação desse tipo de psicofármaco se faz necessária quando o tratamento com outras classes de antidepressivos se mostra ineficaz. Possuem aplicações clínicas em distúrbios mentais como o transtorno do pânico, o transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno de estresse pós-traumático, bem como em outros distúrbios: dor crônica, transtornos de alimentação e sintomas da perimenopausa. Os principais ADTs são Imipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Clomipramina e Desipramina (KATZUNG & TREVOR, 2017).

Outro transtorno frequente na psiquiatria diz respeito à esquizofrenia, existindo diversas causas vinculadas a esta, das quais se cita os neurotransmissores, sendo os mais associados à serotonina, dopamina e o glutamato. A hipótese é que quando esses neurotransmissores têm uma atividade exacerbada em determinadas regiões do encéfalo, os sintomas psicóticos se acentuam. Logo, os antipsicóticos mais utilizados possuem a função de bloquear o receptor desses neurotransmissores nas células neuronais, impedindo que essa atividade exacerbada ocorra (KATZUNG & TREVOR, 2017). Os fármacos utilizados no manejo das psicoses são frequentemente denominados neurolépticos ou antipsicóticos, dentre os quais se encontram os antipsicóticos primários ou típicos e os antipsicóticos atípicos (GOLAN, 2009).

A escolha do antipsicótico para o tratamento deve ser feita conforme o estado do paciente. Em alguns casos, o psicofármaco inicial do tratamento pode ser um benzodiazepínico seguido de um antipsicótico. Ressalta-se que, a escolha do antipsicótico condiciona-se ao estado do paciente, a eficácia e aos efeitos colaterais. No âmbito público, o uso de antipsicóticos mais antigos ainda é bem disseminado, porém o profissional deve estar atualizado quanto aos novos medicamentos. Alguns antipsicóticos são Clorpromazina, Haloperidol, Tiotixeno, Risperidona e Clozapina. Esses fármacos ainda possuem aplicações clínicas em outros transtornos, como o transtorno bipolar, doença de Alzheimer e Parkinson (KATZUNG & TREVOR, 2017).

Em relação ao transtorno afetivo bipolar, os principais neurotransmissores associados são a dopamina, norepinefrina, epinefrina, glutamato e acetilcolina. E o primeiro fármaco utilizado no tratamento desse transtorno foi o lítio, que consiste em ser um inibidor das sinapses, sendo bastante eficaz principalmente na fase maníaca do distúrbio. Porém, com o advento de outros psicofármacos mais modernos e considerando

os efeitos colaterais do lítio, este deixou de ser a principal droga a ser administrada para pessoas com essa condição (KATZUNG & TREVOR, 2017).

Mais recentemente, o Ácido Valproico, Carbamazepina e Lamotrígina, apesar de não possuírem um mecanismo de ação bem esclarecido, em alternativa ao lítio, vêm sendo bastante utilizados como medicamentos de primeira escolha no tratamento da fase maníaca, bem como na profilaxia da fase depressiva do transtorno afetivo bipolar (KATZUNG & TREVOR, 2017). Tais psicofármacos são os principais utilizados no tratamento de transtornos mentais mais frequentes e alguns estão disponíveis na rede pública de saúde em diferentes setores a depender da distribuição, regulamentada pelos três âmbitos governamentais: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2020).

Com vistas a sumarizar algumas informações sobre os principais medicamentos utilizados no tratamento dos usuários do serviço especializado, campo de realização do projeto de extensão, tomou-se por base os autores Clark *et al.* (2013), Clayton *et al.* (2012), Barreto *et al.* (2010) e Sweetman (2009) e construiu-se o Quadro 1.1, que traz um consolidado sobre a classe medicamentosa, nome genérico e comercial, além dos principais efeitos colaterais.

**Quadro 1.1.** Classe medicamentosa/Nomes (genérico/comercial)/Principais efeitos colaterais

| Classe | Nomes (genérico/comercial) | Principais efeitos colaterais |
|---|---|---|
| **Ansiolíticos** | Diazepam/Valium | Dependência física e psicológica e síndrome de abstinência. |
| | Clonazepam/Xanax | Dependência física e psicológica e síndrome de abstinência. |
| **Antipsicóticos Típicos** | Haloperidol/Haldol | Pseudoparksonismo, vômito, disfagia, sialorreia, acatisia. |
| | Levomepromazina/Neozine | Hipotensão ortástica, boca seca, prisão de ventre. |
| | Clorpromazina/Clorpromax | Sedação, sonolência, xerostomia. |
| **Antipsicóticos Atípicos** | Quetiapina/Seroquel | Sonolência, hipotensão, xerostomia e ganho de peso. |
| | Clozapina/Leponex | Convulsões, efeitos cardiovasculares, sedação, constipação, visão turva. |
| | Olanzapina/Axonium | Visão borrada, sedação, sonolência, xerostomia, constipação. |
| | Fluefenazina/Permitil | Sedação e hipotensão ortostática. |
| **Antidepressivos** | Amitriptilina/Amytril | Sonolência, fadiga, cefaleia e ganho de peso. |
| | Fluoxetina/Fluoxetin | Alterações no sono, sedação, náusea, labilidade emocional. |
| | Imipramina/Tofranil | Ganho de peso, alterações de sono, sintomas anticolinérgicos. |
| **Estabilizadores de Humor** | Carbonato de Lítio/Carlit | Ganho de peso, tremores, palpitações, distensão abdominal. |
| **Anticonvulsivantes** | Fenitoína/Fenital | Nistagmo, ataxia, insônia, hipotensão, depressão do SNC, arritmia. |
| | Fenobarbitol/Gardenal | Sonolência, agitação, náusea, vertigem, dependência. |
| | Carbamazepina/Tegretol | Sonolência, vertigem, distúrbios de humor e atenção, confusão mental. |
| | Ácido Valproico/Epilenil | Êmese, náuseas, equimose, sonolência, depressão, agressividade. |
| **Antihistamínicos** | Prometazina/Fernegan | Sedação, sonolência, bradicardia, vertigem. |
| **Antiparksonianos** | Biperideno/Akineton | Boca seca, constipação, agitação, confusão, perturbação do sono. |

## Papel da Enfermagem na administração de psicofármacos e outros medicamentos adjuvantes utilizados no tratamento das enfermidades mentais

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o tratamento dispensado às pessoas com transtornos mentais deixou de ser centrado apenas no uso de psicofármaco, à época considerado como a cura e provedor de alegria e tranquilidade, e passou a prezar pela reabilitação psicossocial do indivíduo, sendo o psicofármaco apenas um dos elementos desse tratamento (CZARNOBAY *et al.*, 2018).

Desde a promulgação da Lei 10.216/2001, que redireciona o modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais, a assistência à Saúde Mental (SM) no país vem passando por diversas transformações. Atualmente, esse campo se debruça na qualificação, expansão e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Mais recentemente, a nota técnica Nº 11/ 2019 traz como objetivo aumentar o número de locais e fortalecer os já existentes para o atendimento dessa população, articulando diversos setores da saúde, desde a atenção primária ao atendimento emergencial e hospitalar.

Neste contexto o hospital psiquiátrico passa a assumir novas perspectivas sendo incluído na RAPS, não se incentivando mais seu fechamento e sim sua qualificação e elevando-se os padrões assistenciais (BRASIL, 2019). Ademais, a RAPS precisa contar com um quadro suficiente e eficaz de profissionais da enfermagem para fins da demanda de pacientes com sofrimento ou transtorno mental em todos os cenários, ou seja, a partir da atenção primária até o atendimento especializado em hospital apropriado (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018), especializado ou geral.

Esse novo método terapêutico voltado para os transtornos mentais possibilitou a inclusão de outros atores no tratamento do indivíduo, como a família, que possui papel vital na melhora e adesão do tratamento, e outros profissionais de saúde além do psiquiatra, incluindo enfermeiros (CZARNOBAY *et al.*, 2018), terapeutas ocupacionais, educadores físicos, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros. Assim, os profissionais de saúde precisam se qualificar melhor para promover a assistência de qualidade que o novo contexto requer.

Em relação às atividades desempenhadas pela equipe de enfermagem, cita-se a administração de fármacos, que ocupa grande importância dentro desse processo terapêutico (KRELING & MAGALHÃES, 2018). Sabe-se que este processo de administração de medicamentos consiste em uma tarefa de grande complexidade e multidisciplinar, cujo foco é a prestação de uma assistência de qualidade, com toda a segurança possível (FRANCO *et al.*, 2010).

A propósito disso, como estímulo para a prática segura, a Organização Mundial da saúde (OMS) estabeleceu um conjunto de protocolos básicos, entre eles o relativo ao uso e administração segura de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Assim, têm-se os chamados nove "certos", a saber: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa (MALCOLM & YISI, 2010). Tais cuidados se tornam indispensáveis tendo em vista que erros de medicação repercutem negativamente no cuidado, o que leva a custos desnecessários

aos serviços de saúde, e gera o prolongando no tempo de permanência no hospital e ações com questões litigiosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Comumente, os erros na administração de medicamentos acarretam em eventos adversos e como a equipe de enfermagem é a principal encarregada desse procedimento, muitas vezes a culpa do evento recai sobre essa categoria. Chama-se a atenção, portanto, para a importância de uma comunicação clara e eficaz entre a equipe multidisciplinar, sobretudo entre a equipe farmacêutica e da enfermagem, com vistas a prevenir possíveis erros na aplicação medicamentosa (OLIVEIRA *et al*., 2017).

Nesse contexto, destaca-se o relevante papel da equipe de enfermagem no incentivo à adoção de práticas saudáveis pelo paciente, como o estímulo à boa adesão ao tratamento farmacológico (CZARNOBAY *et al*., 2018), o que se torna imprescindível quando se trata de psicofármacos, pois embora estes tragam importantes benefícios na vida da pessoa com transtorno mental, também acarretam de forma concomitante, intensos efeitos negativos a partir de efeitos colaterais, a exemplo da lentificação psicomotora, sonolência, esquecimento, efeitos extrapiramidais, aumento do peso corporal, disfunção sexual e agravos na saúde física (FERREIRA *et al*., 2017).

Outro problema bastante observado diz respeito à baixa adesão ao uso dos psicofármacos, fato que se configura como uma importante barreira no tratamento em saúde mental. Muitas causas são encontradas para o abandono à terapêutica medicamentosa, variando de acordo com as especificidades de cada indivíduo; contudo, está frequentemente relacionada à exacerbação de efeitos colaterais indesejáveis ou ao fato de os pacientes não fazerem uso diário destes medicamentos por um longo período de tempo (XAVIER *et al*., 2014).

Algumas condições induzem a uma boa adesão do paciente à terapia indicada, a exemplo de um bom diálogo entre equipe de enfermagem e o paciente com o intuito de estabelecer um vínculo eficaz, a conferência do uso do psicofármaco, a não ocorrência de efeitos colaterais durante o tratamento, o apoio da equipe e/ou da família e a espiritualidade e fé, além da vontade do paciente de voltar à vida rotineira (CZARNOBAY *et al*., 2018).

A fé e a religiosidade também têm atuação bastante notável na adesão dos pacientes ao uso dos psicofármacos, em razão de seus valores que contribuem para o enfrentamento do processo da doença que deve ser encorajado pelos profissionais enfermeiros. Todavia, o fanatismo religioso pode ser um dos fatores que dificultam a adesão à terapia, assim, a religiosidade deve ser encorajada quando praticada de forma saudável pelo paciente (CZARNOBAY *et al*., 2018). A família também representa um componente importante neste processo de tratamento, sendo fonte de segurança e apoio a seus entes, de partilha de afeição, ternura, amor e respeito, funcionando como um forte incentivo às práticas de autocuidado e o sucesso na terapêutica medicamentosa (BARRETO & MARCON, 2014).

Por fim, destaca-se que o profissional enfermeiro tem a função de reconhecer as fraquezas e os pontos fortes do paciente no intuito de formular a melhor assistência possível para a reintegração do indivíduo no convívio familiar e social. Ademais, o conhecimento dos psicofármacos a serem administrados provê ao enfermeiro a capacidade de orientação quanto aos efeitos

esperados, efeitos colaterais e eventos adversos que podem ocorrer no decorrer do uso do medicamento, criando um vínculo de confiança com o paciente e aumentando as chances de sucesso do tratamento (CZARNOBAY *et al*., 2018).

Pensando nisso e tomando por base os autores Clayton *et al.* (2012), Barreto *et al.* (2010), Sweetman (2009), Clark *et al.* (2013) elaborou-se o Quadro 1.2 com uma síntese dos principais cuidados de enfermagem.

**Quadro 1.2.** Medicamentos/ Apresentações /Principais cuidados de enfermagem

| Fármaco | Apresentações | Principais cuidados de enfermagem |
|---|---|---|
| Diazepam | Comprimidos, ampolas, solução oral e micro clister. | Atentar para interações medicamentosas, administração lenta, risco de queda e cautela ao dirigir e operar máquinas. |
| Clonazepam | Comprimidos e frasco-gotas. | Atentar para interações medicamentosas, administração lenta, risco de quedas e cautela ao dirigir e operar máquinas. |
| Haloperidol | Comprimidos, solução oral e ampolas. | Atentar para interações medicamentosas, risco de queda e convulsões. |
| Levomepromazina | Comprimidos, solução oral e ampola. | Atentar para interações medicamentosas, hipotensão ortostática grave, em injeções ou pacientes com mais de 50 anos administrar com eles deitados. |
| Clorpromazina | Comprimidos, ampola e solução oral. | Atentar para hipotensão postural e interações medicamentosas, cautela ao dirigir e operar máquinas. |
| Quetiapina | Comprimidos. | Atentar para interações medicamentosas |
| Clozapina | Comprimidos. | Atentar e monitorar dor de garganta, febre, púrpura, icterícia, agendar exames de rotina, evitar exposição solar e monitorar interações medicamentosas. |
| Olanzapina | Comprimidos e frasco-ampola. | Atentar para interações medicamentosas, hipotensão ortostática, tontura e cautela ao dirigir e operar máquinas. |
| Fluefenazinal | Comprimidos e ampola. | Atentar para interações medicamentosas, risco de queda e cautela ao dirigir e operar máquinas |
| Amitriptilina | Comprimidos. | Atentar para interações medicamentosas, ressecamento da córnea, diminuição de habilidades físicas e mentais, risco de suicídio. |
| Fluoxetina | Cápsulas, comprimidos e solução oral. | Atentar para interações medicamentosas, orientar evitar dirigir, vigiar comportamento e ideação suicida. |
| Imipramina | Comprimidos, drágeas, ampola e cápsula. | Orientar a não dirigir e operar máquinas, atentar para mudanças comportamentais, sintomas depressivos e interações medicamentosas. |
| Carbonato de Lítio | Comprimidos e cápsulas. | Atentar para mudanças de comportamento e humor, orientar a evitar dirigir e operar máquinas e interações medicamentosas. |
| Fenitoína | Comprimidos, ampola e suspensão oral. | Atentar ao risco de queda, mudanças comportamentais, bradicardia, hipotensão e interações medicamentosas. |
| Fenobarbital | Comprimidos, solução oral e ampola. | Aconselhar a não dirigir e realizar atividades perigosas, atentar ao risco de queda, mudanças comportamentais e interações medicamentosas. |
| Carbamazepina | Comprimidos, suspensão oral e cápsulas. | Monitorar mudanças de comportamento, atentar ao risco de queda, sonolência e hipotensão, evitar dirigir e operar máquinas, verificar o aparelho respiratório. |
| Ácido Valproico | Frasco, soluções, comprimido e cápsula. | Orientar a evitar dirigir e operar máquinas, atentar ao risco de queda, mudanças comportamentais e interações medicamentosas. |
| Prometazina | Comprimido, creme dermatológico e soluções. | Atentar a possibilidade de confusão e desorientação, interações medicamentosas, risco de queda e evitar dirigir e operar máquinas. |
| Biperideno | Comprimidos e ampola. | Monitorar estado mental, eliminações urinárias e interações medicamentosas, orientar o paciente a se locomover devagar devido ao risco de hipotensão ortostática. |

Nessa perspectiva, a atuação da enfermagem é uma das conjunturas cruciais na adesão dos pacientes à terapia com psicofármacos e deve ser empenhada de forma que abranja toda a integralidade do indivíduo para o êxito do tratamento e reintegração do enfermo à família e a sociedade.

## CONCLUSÃO

Os psicofármacos são importantes aliados no tratamento dos transtornos mentais, somando-se a outros medicamentos adjuvantes e/ou outros métodos terapêuticos, e dentro deste contexto se insere o papel da equipe de enfermagem que ocupa espaço importante nesse processo, contribuindo para a adesão exitosa dos pacientes ao plano terapêutico prescrito. Portanto, destaca-se a importância da atualização científica destes profissionais acerca das terapias utilizadas em saúde mental e psiquiatria, especialmente em relação à psicofarmacologia, a fim de melhor assistir aos usuários.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Panorama dos dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados: um sistema para o monitoramento de medicamentos no Brasil. Boletim de Farmacoepidemiologia, 2011. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.

ANDRADE, M.F. *et al.* Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v. 40, p. 471, 2004.

BARRETO, M.S. & MARCON, S.S. Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension. Texto Contexto Enfermagem, v. 23, p. 38, 2014.

BARRETO. A.P. *et al.* Administração de medicamentos: 5 acertos para segurança de seu pacientE. 2° ed. São Paulo: Ridee, 2010.

BORBA, L.O. *et al.* Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde menta. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 52, p. 1, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2020. Brasília, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRUNTON, L.L. *et al*. GOODMAN & GILMAN: As bases farmacológicas da terapêutica. 11º ed. Porto Alegre (RS): Mc Graw Hill/Artmed, 2010.

CARDOSO, L. & GALERA, S.A.F. O cuidado em saúde mental na atualidade. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, p. 687, 2011.

CARVALHO, E.F. *et al.* Perfil de dispensação e estratégias para uso racional de psicotrópicos. Monografia (Linhas de Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

CLARK, M.A. *et al*. Farmacologia ilustrada. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2013. Título original: Lippincott's illustrated reviews: pharmacology.

CLAYTON, B.D. *et al*. Farmacologia na prática de enfermagem. 15ª ed. Elsevier Brasil, 2012. 912p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Norma técnica para atuação da equipe de enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/12/Resolução-599-2018-ANEXO-APROVA-NORMA-PARA-ATUAÇÃO-DA-EQUIPE-DE-ENFERMAGEM-EM-SAÚDE-MENTAL-E-PSIQUIATRIA-ARQUIVO-EM-PDF.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

CZARNOBAY, J. *et al*. Uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental: percepções do enfermeiro. Cogitare Enfermagem, v. 23, e52149, 2018.

FERREIRA, A.C.Z. *et al*. A experiência de pacientes com transtorno mental que utilizam medicamentos psicotrópicos sob a perspectiva do pensamento complexo. Texto Contexto - Enfermagem, v. 26, e1000016, 2017.

FIGUEIREDO, A.C.D. Consumo e gastos com psicotrópicos no Sistema Único de Saúde no estado de Minas Gerais: análise de 2011 a 2013. 63f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

FISCHER, E. Influência da configuração na ação das enzimas. Relatórios da Sociedade Química Alemã, v. 27, p. 2985, 1894.

FRANCO, J. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN., v. 63, p. 927, 2010.

GBD BRAZIL. COLLABORATORS. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet, v. 392, p. 760, 2018.

GOLAN, D.E. Princípios de farmacologia: a base fisiopatológica da farmacoterapia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GRUBER, J. & MAZON, L.M. A prevalência na utilização de medicamentos psicotrópicos no município de Mafra: um estudo retrospectivo. Saúde Meio Ambiente, v. 3, p. 44, 2014.

GUYTON, A.C.;HALL, J.E. Guyton & Hall Fundamentos de Fisiologia Médica. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 1176 p.

KATZUNG, B.G. & TREVOR, A.J. Farmacologia Básica e Clínica. 13ª ed. Porto Alegre: McGraw-Hill, 2017.

KRELING, A. & MAGALHÃES, A.M.M. Administração de medicamentos – carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação clínica. Cogitare Enfermagem, v. 23, e50974, 2018.

MALCOLM, E. & YISI, L. The nine rights of medication administration: an overview. British Journal of Nursing, v. 19, p. 300, 2010.

MARTINS, I.S. *et al*. O que não tem remédio nem nunca terá: um estudo a partir do uso abusivo de benzodiazepínico em mulher. Revista mineira de enfermagem, v. 21, p. 1, 2017.

OLIVEIRA, P.R. *et al*. A Comunicação entre a farmácia e a enfermagem na Administração segura de Medicamentos. Id online Revista de Psicologia. v. 11, p. 210, 2017.

SOUZA, M.S.F. & KOPITTKE, L. Adesão ao tratamento com psicofármacos: fatores de proteção e motivos de não adesão ao tratamento farmacológico. Revista de atenção primária à saúde, v. 19, p. 361, 2016.

STEEL, Z. *et al*. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. Int J Epidemiol., v. 43, p. 476, 2014.

SWEETMAN, S.C. Martindale: the complete drug reference. 36ª ed. Pharmaceutical press, 2009. 3694 p. European Neuropsychopharmacology, v. 18, p. 62, 2008.

USALA, T. *et al*. Randomised controlled trial of selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. European neuropsychopharmacology, v. 18, p. 62, 2008.

VIGO, D. *et al*. Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatry, v. 3, p. 171, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Investing in mental health: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 8 abr. 2021.

XAVIER, M.S. *et al*. The meaning of psychotropic drug use for individuals with mental disorders in outpatient monitoring. Escola Anna Nery, v. 18, p. 323, 2014.

# CAPÍTULO 2

# ATIVIDADE FÍSICA COMO PLANO TERAPÊUTICO E MEDIDA PREVENTIVA PARA DEPRESSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

*Palavras-chave: Transtorno Depressivo; Atividade Física; Prevenção; Tratamento*

CAROLINA LUZIA BARCELOS ROCHA[1]
VITÓRIA FREITAS NIZA[1]
YASMIN BULKOOL ISAAC[1]
JULIANA TOME PEREIRA[2]

1. Discente do Centro Universitário de Belo Horizonte.
2. Mestre em Ciências da Enfermagem no referencial teórico da Prática Baseada em Evidências (PBE) pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

## INTRODUÇÃO

A saúde mental não é meramente a ausência de uma doença mental, mas um estado de bem-estar positivo e funcionamento efetivo no qual um indivíduo realiza seu potencial e é capaz de dar uma contribuição positiva para a comunidade ao seu redor (COSTIGAN *et al.*, 2016). Estudos demonstram que pessoas com doença mental são mais propensas a terem problemas de saúde e possuem o risco de reduzir o tempo de vida em cerca de 10 anos (CALLAGHAN *et al.*, 2011).

É interessante ressaltar que os estressores psicossociais e um estilo de vida sedentário, que se tornam cada vez mais normalizados e amplamente aceitos na sociedade moderna, podem causar mudanças na saúde física das pessoas, com alterações fisiológicas, como a redução da capacidade aeróbica, força muscular, das respostas motoras e da capacidade funcional, além de terem um grande impacto sobre a saúde mental dos indivíduos (SILVA e*t al.*, 2019; DE OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Um dos distúrbios da saúde mental é o transtorno depressivo maior (TDM) ou depressão clássica, que compreende uma variação de sintomas, desde deficiências psicomotoras à cognitivas, como: mudanças no apetite, sono, perda de energia e humor alterado (NASSTASIA *et al.*, 2019).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, ), em 2020, mais de 350 milhões de pessoas, de todas as idades, sofreram com a depressão, o que representa um grande custo para todos os países. A sua fisiopatologia está relacionada com o mau funcionamento do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA) e consequente alteração nos níveis de cortisol, hormônio glicocorticoide sintetizado nas células do córtex das glândulas suprarrenais, majoritariamente na zona fasciculada, cuja produção é controlada pelo hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), sintetizado na adenohipófise (KVAM *et al.*, 2016). Ademais, o transtorno depressivo também está associado a alterações cerebrais, como diferenças no fluxo sanguíneo e reduções de algumas áreas, em especial do hipocampo, região responsável pela regulação dos níveis de stress e pelo processamento emocional (GUJRAL *et al.*, 2017).

Atualmente, a TDM é majoritariamente tratada com drogas psiquiátricas e psicoterapia, contudo, tratamentos alternativos vêm sendo estudados, uma vez que estes têm apresentado baixo impacto na prevalência da doença (SCHUCH & BRENDON, 2019). A prática de exercícios físicos é um deles, uma vez que seus benefícios vão além da redução do risco, tendo em vista que estudos apontam para sua capacidade de reduzir os sintomas com um efeito de tamanho moderado a grande (PELLETIER e*t al.*, 2017; SAEED *et al.*, 2019).

Em contrapartida, a adesão à prática dos exercícios é um dos principais desafios (SCHUCH & BRENDON, 2019), em especial na sociedade moderna, cada vez mais sedentária e ocupada. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do ano de 2019, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dentre a população de 18 anos ou mais de idade, 40,3% foram classificados como insuficientemente ativos, ou seja, não praticaram atividade física ou praticam por menos do que 150 minutos por semana considerando lazer, trabalho e deslocamento para o trabalho. Assim, a adesão do paciente é uma ameaça óbvia à eficácia do exercício como um tratamento e

prevenção viáveis. Ainda mais para alguns indivíduos, como pacientes deprimidos, que carecem de energia e motivação (HUGHES *et al*., 2013).

O objetivo deste estudo foi identificar e sintetizar os efeitos discutidos e apresentados na literatura a respeito dos benefícios da inclusão da prática de atividade física no cotidiano da população moderna, como medida preventiva à depressão, além de suas vantagens na inclusão no tratamento desse respectivo transtorno na população acometida.

## MÉTODO

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, por meio da busca de artigos científicos publicados entre 2011 a 2021. Como estratégia para nortear o estudo utilizou-se a seguinte questão norteadora: “qual o papel das atividades físicas como plano terapêutico e medida preventiva para depressão?”.

### Estratégia de busca

O referencial teórico utilizado foi o de Galvão e Ricarte (2019), para o delineamento do estudo. Para a seleção dos descritores/termos utilizados, foi realizada consulta no *Medical Subject Headings* (MeSH) e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Para combinação dos termos em cada grupo, foi utilizado o operador *booleano* “OR” e para a combinação entre os grupos foi utilizado o operador “AND”.

Para a pesquisa foram consultadas as bases de dados PubMed, MEDLINE e LILACS, utilizando os seguintes descritores de assunto: "Depression", "exercise”, “prevention", simultaneamente e a dupla “exercise” e “depression”.

### Critérios de elegibilidade

A busca dos artigos foi realizada entre o dia 25 de fevereiro e 9 de março por três revisores de forma independente. Foram aceitos estudos que tratavam sobre o exercício físico como prevenção e tratamento para a depressão, publicados nos últimos 5 anos, em inglês, espanhol e português.

Os artigos foram selecionados pelas pesquisadoras (autoras deste artigo) em duas etapas. Na primeira, três pesquisadoras realizaram, separadamente, a leitura do título e resumo dos artigos para seleção dos que deveriam compor a base da pesquisa. Aqueles que se apresentaram sem resumo ou sem informações suficientes para a tomada de decisão foram mantidos para a etapa seguinte.

Na segunda etapa, todos os artigos selecionados que atenderam aos critérios de inclusão foram mantidos após analisados em grupo e aqueles com informações insuficientes para a tomada de decisão foram descartados.

### Análise dos dados

Foram identificados 2175 estudos, 40 tiveram seus textos completos analisados e 27 atenderam aos critérios de inclusão, como demonstrado na Figura 2.1. Sua organização ficou sendo como a maior parte de ensaios clínicos randomizados, em seguida estudos de metanálise e por último estudos transversais.

Para a discussão dos resultados, após a leitura dos artigos, formou-se núcleos de sentido. Foi utilizada uma amostra por conveniência. Todos os estudos identificados foram avaliados para inclusão ou não na

revisão sistemática. Além disso, os artigos foram analisados qualitativamente conforme amostra, escopo, desenho metodológico, resultados e conclusões por meio da técnica AMSTAR (*Assessment of Multiple Systematic Reviews*).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dos 27 artigos esquematizados e sintetizados na Tabela 2, tiveram grande variação percentual, contudo, 92% deles mostraram melhoria dos sintomas depressivos com a atividade física.

Segundo Nabkasorn *et al.* (2015), houve melhoria dos sintomas depressivos na média de 95%, o maior percentil entre os 27 trabalhos analisados. Logo depois, de acordo com Helgadóttir *et al.* (2017), em 23 trabalhos houve redução dos sintomas a favor do exercício e desses, 80% apresentam efeito moderado a grande.

Já segundo Weersing *et al.* (2017), houve melhoria em 60% dos pacientes e, segundo Saeed, *et al.* (2019), no grupo ativo houve uma melhora de 42,86%, enquanto no controle foi de 9,09%. Além desses, Vancini *et al.* (2017) e Silva *et al.* (2019) constataram que a melhoria do grupo ativo em relação ao grupo controle foi na casa dos 35%.

Contudo, de acordo com Siqueira *et al.* (2016), a atividade física não mostrou superioridade em relação ao grupo controle em relação a sintomas depressivos, apenas em relação ao parâmetro $VO_2$ máximo. E somado a isso, de acordo com Mather *et al.* (2015), não houve discordância entre o grupo prático e controle.

**Figura 2.1.** Fluxograma sobre procedimento de seleção dos estudos, identificação e elegibilidade para análise

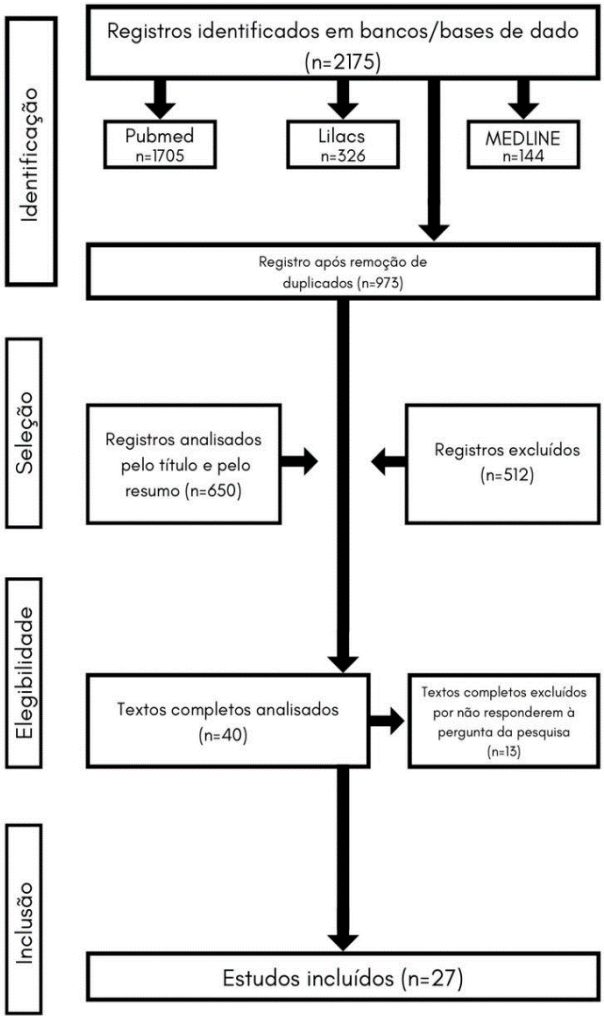


**Tabela 2.1.** Síntese dos resultados apresentados nos trabalhos selecionados

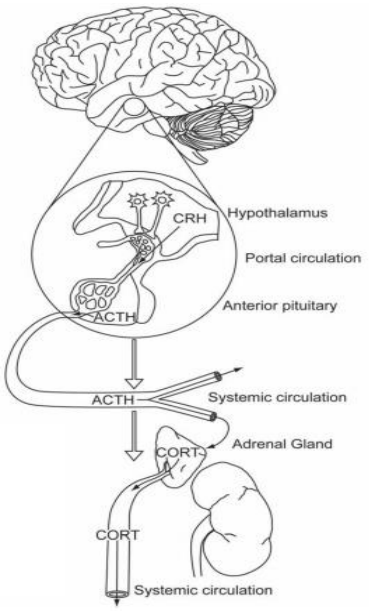
| Artigo | Resultados |
|---|---|
| NASSTASIA *et al.*, 2019 | 118 pessoas concluíram o estudo. Diante da avaliação do efeito da entrevista motivacional no autocuidado, comparando-se ao acompanhamento convencional, foi identificado efeito médio na manutenção e manejo (Cohen-d=0,6723; 0,5086) e alto na confiança do autocuidado (Cohen-d=0,9877). |
| HELGADÓTTIR *et al.*, 2017 | Com base em 23 estudos (977 participantes), descobrimos que a redução em sintomas depressivos após o tratamento mostrou uma moderada a efeito grande e significativo a favor do exercício e quatro estudos (180 participantes) foram incluídos nesta análise, a redução dos sintomas depressivos ao comparar o exercício com o cuidado usual produziu um efeito moderado e significativo em favor de exercício. |
| TOUPS *et al.*, 2015 | Os artigos de corte transversal (n = 8) utilizaram somente questionários de auto-avaliação para medir os níveis de atividade física. Os artigos longitudinais (n = 22) utilizaram também pedômetro digital, consumo direto de oxigênio e o exercício físico como intervenção metodológica. Os estudos que atenderam ao objetivo I apontaram para uma relação inversamente proporcional entre atividade física e alterações nos níveis de depressão. Os trabalhos que utilizaram o exercício como intervenção terapêutica na depressão encontraram resultados divergentes e apontaram para a interferência de fatores fisiológicos e psicológicos nessa relação. |
| WEERSING *et al.*, 2017 | Amostra funcional de 79 pessoas, fomos capacitados para detectar um tamanho do efeito na ordem de 0,60 para a diferença na taxa de melhoria. |
| SIQUEIRA *et al.*, 2016 | A atividade física não mostrou superioridade em relação ao grupo controle em relação à melhora do antidepressivo, mas melhorou o parâmetro $VO_2$ máx. |
| HIDALGO *et al.*, 2019 | Participaram da pesquisa 160 pessoas de 60 a 85 anos de idade, sendo 84 praticantes de tipos variados de atividades físicas regulares e 76 sedentários. Para avaliar a depressão foi usada Escala de Depressão para Idosos, constituída pelas dimensões cognitiva-afetiva e somática-motora. Nos resultados, os idosos sedentários apresentaram graus médios mais elevados sem todas as dimensões da depressão comparados com os praticantes de exercícios físicos regulares. Na discussão, são abordadas as hipóteses neurofisiológicas e psicossociais para explicar os efeitos positivos do exercício regular sobre o humor dos praticantes. |
| VANCINI *et al.*, 2017 | O grupo W (pontuação: 18,7 ± 6,9) teve uma pontuação significativamente maior (36,3%) antes do treinamento em comparação com o Grupo C (11,9 ± 6,9). Para o grupo W, os níveis de depressão diminuíram significativamente, em 35,2% após o treinamento (18,7 ± 6,9 antes vs. 12,1 ± 6,7 após o treinamento). No grupo P, o treinamento levou a um declínio significativo (27,5%) nos níveis de depressão (16,7 ± 6,8 antes vs. 12,1 ± 6,4 após o treinamento). |
| AWICK *et al.*, 2017 | As pontuações mais altas são indicativas de maior ansiedade e depressão. A linha de base como pós-intervenção ($\alpha$ = 0,78, 0,78 [ansiedade]; $\alpha$ = 0,70, 0,72 [depressão]. |
| SILVA *et al.*, 2019 | Houve diminuição significativa nas pontuações para depressão após o programa de exercícios aquáticos no grupo de depressão (-13,2 ± 3 pontos) quando comparado com pontuação antes do programa (pontuação de 28,5 ± 3,8). |
| ARRIETA *et al.*, 2018 | Foi encontrado que os idosos do grupo G1 apresentaram melhores escores tanto na memória como na qualidade de vida quando comparados aos do grupo G2. Já no quesito capacidade funcional para atividades básicas de vida diária, avaliado pelo Índice de Katz, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, mas quando observados os resultados da variável capacidade funcional avaliado pelo SF-36, o G1 apresentou melhores resultados com diferença estatisticamente significativa quando comparado ao G2. Devido à importância da atividade física no retardo dos declínios decorrentes do envelhecimento, torna-se necessário criar estratégias para a participação dos idosos em grupos de atividades, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, independência e participação. |

| | |
|---|---|
| WIPFLI *et al.*, 2018 | O ES (d de Cohen; calculado usando médias e desvios padrão pós-teste) para BDI foi de 0,66, indicando que o grupo de exercícios mostrou maiores reduções na depressão do que o grupo de controle de alongamento. |
| MATHER *et al.*, 2015 | Não teve discordância entre o grupo prático e o grupo controle. |
| PELLETIER *et al.*, 2017 | Tanto a atividade aeróbia quanto a anaeróbia são eficazes, portanto, a escolha deve ser baseada na preferência do paciente; e em termos de duração e frequência, as sessões devem durar pelo menos 30 minutos, três vezes por semana. |
| HUGHES *et al.*, 2013 | Os resultados das entrevistas foram agrupados em oito categorias: as relações interpessoais; o cotidiano; a autoimagem; o contato medicamentos psicoativos e outras drogas; história da tentativa; a percepção, a atitude e os sentimentos dos adolescentes após a tentativa; o acompanhamento terapêutico após a tentativa; a relação com os profissionais de saúde. A ambiguidade de sentimentos, a falta de diálogo e de intimidade e o cotidiano ocioso além da sedação de conflitos, da inabilidade de comunicação e da sensação de não pertencimento foram levantados como importantes condições na vida desses jovens. |
| NABKASORN *et al.*, 2015 | Os participantes da intervenção tiveram BDI estatisticamente melhor [t = 2,638; df = 36; p = 0,006; média de 95% (DP) 26,5 (10,7); CI-20,4 a -2,7; d = 0,86]. |
| CALLAGHAN *et al.*, 2011 | Quinze artigos foram selecionados, sendo oito estudos controlados-randomizados, cinco estudos transversais e dois estudos de coorte. Os aspectos metodológicos analisados variaram entre os trabalhos avaliados. Muitos estudos sugerem uma relação de associação entre a prática de atividades físicas e a depressão em idosos. No entanto, o tipo e a força de associação variaram nas diferentes amostras. |
| BALDURSDOTTIR *et al.*, 2017 | Sobre média, as meninas pontuaram mais do que os meninos em sintomas depressivos, com a diferença entre meninas e meninos aumentando com a idade conforme indicado por uma interação significativa entre gênero e idade (p <0,001). Encontramos efeitos negativos diretos significativos para todos os quatro. Variáveis de PA no modelo indicando que houve um inverso relação entre sintomas depressivos e PA. Meninas beneficiadas mais de participação em esportes organizados do que meninos, como demonstrado por uma interação significativa entre gênero e organização. |
| JUNIOR *et al.*, 2020 | A avaliação do domínio psicológico mostrou melhores pontuações no grupo de exercícios domiciliares em comparação com os dois grupos fisicamente inativos (antes confinamento: F (2, 85) = 3,80, p = 0,03, ESd = 1,26; no decorrer confinamento: F (2, 85) = 5,15, p = 0,01, ESd. |
| DE OLIVEIRA *et al.*, 2019 | Pontuações médias obtidas para a ansiedade (HADS-A) e escalas de depressão (HADS-D) mostraram menor variabilidade entre os idosos, 4,54 ± 3,89 e 4,47 ± 3,98. |
| KVAM *et al.*, 2015 | Em 977 pacientes de 23 ensaios clínicos, foi feita uma comparação do exercício físico com o tratamento psicológico ou medicamento depressivo em pacientes com depressão. O exercício como um aliado nos medicamentos possibilita um resultado moderado, sendo uma intervenção eficaz e viável associado com antidepressivos. |
| SAEED *et al.*, 2019 | Taxas de recorrência de ansiedade foram significativamente menores entre aqueles no grupo de tai chi em comparação com o grupo de controle (9,09% vs. 42,86%, respectivamente). |
| SCHUCH & BRENDON, 2019 | Dentre os estudos avaliados, foi identificado que o exercício físico aeróbico de intensidade média é o mais indicado para pacientes com depressão. *Conclusão*: Estes achados apontam que o exercício físico é uma alternativa eficaz no tratamento de pacientes com depressão. |
| GUJRAL *et al.*, 2017 | 25 estudos e mais de 1.487 pessoas com depressão (757 randomizados para exercícios e 730 para condições de controle) identificados um efeito antidepressivo muito grande e significativo favorece o exercício (diferença média padronizada [SMD], 0,98; IC 95%, 0,68-1,28; p < 0,001). |

## O papel do Cortisol no cerne da depressão

Uma das respostas fundamentais ao stress consiste no hormônio liberador de corticotrofina (CRH) e sua extensão periférica efetora: o eixo HPA, que é contra regulado pelo hipocampo. A CRH, produzida pelos neurônios do hipotálamo, provoca, através da ativação de receptores específicos, a libertação de ACTH pelo lobo anterior da hipófise, que, por sua vez, estimula o córtex da glândula suprarrenal a secretar glicocorticoides, como o Cortisol (Figura 2.2) (LAGE, 2010).

**Figura 2.2.** Eixo hipotálamo-pituitário-adrenal




**Legenda**: As respostas são iniciadas pelos neurônios do hormônio liberador de corticotrofina (CRH) no núcleo paraventricular do hipotálamo (PVN). Os estressores causam a liberação de CRH nos vasos portais hipofisários, que transportam o peptídeo para a pituitária anterior para permitir o acesso aos corticotróficos. Os corticotróficos estimulados, em seguida, liberam o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) na circulação sistêmica, onde promove a síntese e secreção de glicocorticoides. **Fonte**: HERMAN *et al.*, 2016.

De fato, na depressão detecta-se uma hiperatividade do eixo HPA e hipercortisolismo, que, segundo estudos recentes, deve-se a uma resistência do receptor de glicocorticoides (GR), central e periférico. Com isso há um deslocamento permanente do complexo cortisol-GR para o núcleo, diminuindo a quantidade de GR em estado livre no citoplasma em virtude de uma capacidade limitada para a sua reciclagem, deixando as células incapacitadas para responder a uma estimulação glicocorticoide posterior. Assim, o núcleo paraventricular e outras células produtoras de CRH ficam impossibilitadas de detectar adequadamente o cortisol endógeno e, consequentemente, de realizar o feedback negativo normal, aumentando a secreção e perpetuando o ciclo até agora descrito (LAGE, 2010).

Ademais, os leucócitos dos pacientes com TDM exibem insensibilidade aos glicocorticoides, ocorrendo menor inibição da atividade dos linfócitos *Natural Killer* (NK), da proliferação linfocitária e da produção de citocinas, aumentando a sinalização pró-inflamatória. O mecanismo da promoção da libertação de citocinas pró-inflamatórias pelos macrófagos é, de forma direta, o aumento do tónus do SNA simpático, que por sua vez é provocado conjuntamente pela hipercortisolemia e pela atividade aumentada da amígdala, com a qual está interligado (LAGE, 2010).

Essas citocinas possuem relação também com o cortisol, visto que quando o corpo está em estresse, o cortisol atua diminuindo e regulando homeostase corporal. Os estudos analisados sobre a relação dos níveis de cortisol e a prática de exercício físico, a fim de controlar esse mecanismo presente no TDM, são bastante heterogêneos, contudo, a elevação dos níveis de cortisol matutino, tendo como comparação grupos que praticavam atividade física e grupos sem

nenhuma intervenção, houve relativa melhora e uma diminuição dos sintomas depressivos.

Uma hipótese para explicar as heterogeneidades é forma de medir o nível desse hormônio -plasma ou urina - e o horário, visto que há grande variação ao longo do dia; também pode ser explicado pela grande gama que compreende atividade física - aeróbio, exercício holístico - quantidade e intensidades deles. Segundo os achados dos estudos, o exercício físico pode modular os níveis de cortisol após uma única sessão de exercício, possivelmente devido a um aumento do GR, um receptor nuclear que regula eventos fisiológicos diretamente, ativando ou inibindo genes alvos envolvidos na inflamação, gliconeogênese e diferenciação dos adipócitos. Outro achado importante das pesquisas é de que que a prática consciente da atividade envolvendo o movimento do corpo e a respiração pode reduzir os sinais estressantes para o sistema límbico e, portanto, a atividade do eixo HPA, resultando na redução da liberação de glicocorticoide adrenal, evitando a perpetuação do ciclo citado anteriormente.

## A atividade física e os neurotransmissores relacionados à depressão

No TDM há função monoaminérgica diminuída no encéfalo, incluindo provavelmente a neurotransmissão dopaminérgica (LAGE, 2010). A serotonina, é uma das monoaminas neurotransmissoras diminuídas que possuem capacidade neuroplásticas distintas, como: mediar efeitos regulatórios no crescimento dos neurônios serotonérgicos (LÓPEZ-TORRES HIDALGO & DEP-EXERCISE GROUP, 2019), catalisar a maturação das células astrogliais e influenciar a maturação do tecido alvo (COSTIGAN *et al.*, 2016).

O interessante é que uma função da maioria das drogas antidepressivas é tornar maior quantidade serotonina disponível para ligação aos locais dos receptores celulares (HELGADÓTTIR *et al.*, 2017). Os estudos demonstraram que a produção de serotonina aumenta após o exercício, através de ambas as medições, direta de serotonina central, em animais, e indireta, em humanos e animais, com isso, a atividade física fornece uma função semelhante à dos antidepressivos tornando mais serotonina disponível, tendo um papel importante para o tratamento da depressão (COSTIGAN *et al.*, 2016).

Ademais, outras pesquisas mostraram que durante o exercício físico, há liberação de Endorfina, neuro-hormônio hipofisário, e outra monoamina neurotransmissor, a Dopamina, fornecendo uma sensação tranquilizante, de bem-estar e conforto, melhorando o estado de humor e com um efeito analgésico (SILVA *et al.*, 2019).

## Influência na neuroplasticidade de pessoas com TDM

Na depressão observa-se alterações volumétricas no hipocampo e em outras regiões prosencefálicas, que levaram à suspeição do envolvimento de fatores neurotróficos e da diminuição da neurogênese (CALLAGHAN, P. *et al*, 2011). Os fatores neurotróficos são potentes moduladores da plasticidade e da sobrevivência dos neurónios e da glia. A teoria da neuroplasticidade sustenta então que uma insuficiente sinalização neurotrófica contribui para as alterações evidenciadas no hipocampo, e que a inversão desta insuficiência pode contribuir para a remissão do quadro depressivo (LAGE, 2010).

O stress diminui a expressão do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) e leva à atrofia da região do hipocampo no geral, à diminuição do número de espinhas sinápticas e ao aumento da vulnerabilidade dos neurônios, também à custa da grande concentração de GR nesta estrutura, tornando mais claro que a atrofia do hipocampo uma consequência e não uma causa da depressão (LAGE, 2010). Diante disso, o BDNF é um biomarcador proposto para o sucesso do tratamento da depressão. Em estudos com animais, tanto a medicação antidepressiva quanto o exercício influenciaram no aumento da síntese e da expressão do BDNF em várias áreas do hipocampo. E, o efeito foi ainda mais evidente para os animais que receberam o tratamento combinado (TOUPS *et al.*, 2017).

Ademais, outro ponto de vista importante que foi demonstrado pelos estudos é que a prática de exercícios físicos aumenta o volume do hipocampo, do cingulado anterior e córtex orbitofrontal, aumentam a integridade da substância branca e induz mudanças na dinâmica funcional das redes neurais frontais-límbicas em adultos deprimidos (GUJRAL *et al.*, 2017).

## Relação da atividade física no controle hormonal e prevenção da depressão

A concentração de epinefrina na urina tem sido usada como um indicador da atividade do nervo simpático no estudo do estresse psicofísico e da depressão. Foi demonstrado que o aumento do estado de humor depressivo está associado a eventos estressantes, que influenciam a relação entre o sistema nervoso autônomo, sistema endócrino e sistema imunológico (WIPFLI *et al.*, 2011). O exercício físico parece reduzir a epinefrina urinária como resultado da atenuação da tensão nervosa simpática. Essa suposição pode ser apoiada pela redução da frequência cardíaca de repouso observada após o treinamento, indicando uma diminuição da resposta cardiovascular, mediada simpaticamente ao estresse psicofísico. Essa ação neuroendócrina foi considerada um mecanismo plausível para explicar os efeitos do exercício sobre o humor e a depressão (NABKASORN *et al.*, 2006).

## Estresse oxidativo do TDM e a prática de exercício físico

Um estudo demonstrou que a depressão pode ser acompanhada por aumento de estresse oxidativo e diminuição do sistema antioxidante. O respectivo estudo mostrou uma redução do dano oxidativo mediada pela carbonilação de proteínas após o treinamento no grupo com o transtorno, o que sugere que a diminuição na produção de espécies reativas de oxigênio induzida por treinamento físico poderia aumentar o nível de reparo antioxidante da carbonilação (KANDOLA *et al.*, 2019). Os resultados chegaram à ideia de que o exercício aeróbio pode promover efeitos benéficos sobre redução do dano oxidativo em pacientes com TDM (SILVA *et al.*, 2019).

O mesmo estudo também demonstrou que os níveis de Superóxido dismutase (SOD)/glutationa (GSH) foram mais baixos no grupo de depressão e que o treinamento físico aumentou sua atividade (SILVA *et al.*, 2019).

## Considerações acerca da atividade física na prevenção e controle da depressão

Com a leitura e síntese dos estudos, percebe-se que o uso da atividade física como tratamento possui uma adesão e perspectiva única de acordo com a população estudada.

Para os pacientes obesos, há uma grande dificuldade em realizar exercício físico, mas alguns exercícios alternativos são bem-vistos por eles, como o pilates. Com ele, houve reduções significativas nos níveis de depressão, funcionamento social e saúde mental (VANCINI e*t al.*, 2017).

Já para os adolescentes, é estabelecido que antes da puberdade, meninos e meninas têm a mesma probabilidade de desenvolver depressão. No entanto, uma lacuna de gênero existe, pois, as meninas aos 15 anos são aproximadamente duas vezes mais propensas do que meninos que experimentaram depressão, e esta diferença de gênero continua até o final da idade adulta (BALDURSDOTTIR *et al.*, 2017). Ao mesmo tempo, os estudos demonstraram que os meninos são mais ativos que as meninas, demonstrando o discutido nessa revisão, isto é, a relação benéfica da prática da atividade física para a prevenção e controle do TDM (WEERSING *et al.*, 2017).

Com relação à idade, os mais velhos possuem mais sintomas depressivos que os mais novos e, da mesma forma, possuem uma relação inversa com a prática de exercícios físicos (BALDURSDOTTIR *et al.*, 2017). Para os jovens adultos, os exercícios ajudaram os sintomas depressivos a diminuírem, o que ajuda especificamente esse grupo a melhorar a percepção sobre a vida. O estudo com eles, demonstra que até mesmo quem tinha uma saúde mental saudável conseguiu efeitos positivos (AWICK *et al.*, 2017).

Em relação à adultos mais velhos, um estudo analisou dois grupos, um que recebeu Sertralina, associado a prática de exercícios, que relataram melhoras significativamente maiores nos sintomas afetivos de depressão, em comparação com o outro grupo, que recebeu apenas sertralina. O que confirma efeitos benéficos do exercício para o tratamento do TDM entre adultos. Ademais, o mesmo estudo demonstrou que, entre as populações adultas, os benefícios do exercício vão além período de intervenção ativa (NASSTASIA *et al.*, 2019).

Outras evidências sugerem melhorias na autoeficácia, autovalorização e afeto positivo em adulto, o que por sua vez, foi associado a maior satisfação com a vida no longo prazo (AWICK *et al.*, 2017). Nos idosos, os estudos demonstraram que, no contexto social, a atividade física promove melhor integração na sociedade, aumenta a satisfação com a vida e reduz a solidão. Também aumenta a autoestima, promovendo o desenvolvimento psicossocial e reequilíbrio emocional (ARRIETA *et al.*, 2018; DE OLIVEIRA *et al.*, 2019).

## A dinâmica ideal da prática de atividade física

Estudos demonstraram que os efeitos da atividade física são menores quando a prática é adiada por, pelo menos, 12 semanas, sugerindo que há um período de tempo ideal dentro de um episódio de depressão para engajamento no tratamento (JUNIOR *et al.*, 2020). Uma hipótese que explica essa redução na eficácia é a redução nas expectativas para o sucesso da terapia para o paciente (NASSTASIA *et al.*, 2019). Outra condição encontrada é a importância de maximizar a resposta ao tratamento logo no início como possível, para diminuir o prognóstico com a depressão e respostas com falha no tratamento (KVAM *et al.*, 2016).

Também foi mostrado que pessoas com TDM são mais responsivas às intervenções quando podem ver melhorias visíveis (por exemplo, carga usada durante o treinamento de resistência) ou perceber

mudanças no condicionamento, sendo que uma explicação para isso é que as respectivas melhorias físicas os ajudaram a se sentir mais confiantes e capazes de influenciar positivamente o humor (NASSTASIA *et al.*, 2019).

Alguns resultados sugerem que os médicos podem prescrever adequadamente exercícios para depressão leve a moderada em qualquer nível de preferência de intensidade. Embora haja algumas indicações de que exercícios mais intensos podem levar a uma maior melhora na gravidade da depressão (HUGHES *et al.*, 2013).

Outro ponto de vista impactante a favor da inclusão do exercício físico na prevenção e controle do TDM, é que a prática tem um perfil de efeitos colaterais favorável, baixo custo e é amplamente acessível. Também pode ser adaptada às necessidades individuais, dependendo da idade, comorbidades médicas, estilo de vida e estado funcional (SIQUEIRA *et al.*, 2016). Enquanto, as drogas antidepressivas têm efeitos indesejáveis, como ganho de peso, hiperglicemia, hiperlipidemia, pressão arterial elevada e taxas aumentadas de suicídio e pensamentos suicidas, principalmente entre a população mais velha, com seu uso frequente sendo continuado indefinidamente e desnecessariamente (HIDALGO *et al.*, 2019; COSTIGAN *et al.*, 2016).

## CONCLUSÃO

Tendo como base os estudos analisados, conclui-se que, não se recomenda a substituição do tratamento medicamentoso para a depressão por exercício físico, entretanto, ele ajuda e impulsiona os efeitos deles, sendo de grande valia para o organismo humano. Este novo recurso terapêutico pode ter um impacto favorável sobre a saúde e o bem-estar, e servem para reduzir os custos dos cuidados de saúde.

Ademais, existem evidências convergentes que sugerem que exercícios aliviam a depressão por fatores diversos, em suma: aumento da expressão de fatores neurotróficos (isto é, BDNF), maior disponibilidade de serotonina e norepinefrina, regulação de atividade do eixo HPA, ação antioxidante e redução da sinalização inflamatória sistêmica. Esses processos influenciam o desenvolvimento de novos neurônios, aumentam as conexões sinápticas entre estes e melhoram a vasculatura cerebral.

Por outro lado, pouco são os estudos que discutem quanto ao melhor tipo de exercício, tempo de prática e intensidade, sendo que a maior parte possui limitações metodológicas, como o tempo de observação da pesquisa. Com isso, justifica apontarmos a necessidade de novos estudos clínicos, randomizados, prospectivos, controlados, com maior grau de evidências acerca dessa temática.

Para os acadêmicos de medicina, torna-se importante o conhecimento de mais um dos benefícios da atividade física, tanto para controle quanto para prevenção da depressão, para que, dessa forma, a atividade física seja uma ferramenta indispensável para o cuidado da saúde mental pessoal, assim como de futuros pacientes na prática clínica.

Portanto, é importante compreender melhor esses aspectos para que os programas de prevenção e controle do TDM com a atividade física possam ser implantados de forma mais eficaz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRIETA, H. *et al*. Physical activity and fitness are associated with verbal memory, quality of life and depression among nursing home residents: preliminary data of a randomized controlled trial. BMC Geriatrics. v. 18, p. 1, 2018.

AWICK, E.A. *et al*. Effects of a randomized exercise trial on physical activity, psychological distress and quality of life in older adults. General Hospital Psychiatry. v. 49, p. 44, 2017.

BALDURSDOTTIR, B. *et al*. Age-related differences in physical activity and depressive symptoms among adolescents aged 10 to 19: a population-based study. Psychology of Sport and Exercise, v. 28, p. 91, 2017.

CALLAGHAN, P. *et al*. Pragmatic randomised controlled trial of preferred intensity exercise in women living with depression. BMC Public Health, v. 11, p. 465, 2011.

COSTIGAN, S.A. *et al*. High-Intensity Interval Training for cognitive and mental health in adolescents. Medicine and Science in Sports and Exercise, v. 48, p. 1985, 2016.

DE OLIVEIRA, L.S.S.C. B. *et al*. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. Trends in Psychiatry and Psychotherapy, v. 41, p. 1, 2019.

GALVÃO, M.C. & RICARTE, I.L. Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. Filosofia da Informação, v. 6, p. 57, 2019.

GUJRAL, S. *et al*. Exercise effects on depression: Possible neural mechanisms. General Hospital Psychiatry, v. 49, p. 2, 2017.

HELGADÓTTIR, B. *et al*. Long-term effects of exercise at different intensity levels on depression: A randomized controlled trial. Preventive Medicine, v. 105, p. 37, 2017.

HUGHES, C.W. *et al*. Depressed Adolescents Treated with Exercise (DATE): A pilot randomized controlled trial to test feasibility and establish preliminary effect sizes. Mental Health and Physical Activity, v. 6, p. 1, 2013.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. 2019. Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf >. Acesso em: 20 mar. 2021.

JUNIOR, S. *et al*. Exercício físico em casa durante o confinamento na pandemia COVID-19 e a saúde mental em adultos: um estudo comparativo transversal. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 25, p. 1, 2020.

KANDOLA, A. *et al*. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, v. 107, p. 525, 2019.

KVAM, S. *et al*. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders v. 202, p. 67, 2016.

LAGE, J.T. Neurobiologia da Depressão. 2010. 28p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina Universidade do Porto, 2010.

LÓPEZ-TORRES HIDALGO, J. & DEP-EXERCISE GROUP. Effectiveness of physical exercise in the treatment of depression in older adults as an alternative to antidepressant drugs in primary care. BMC Psychiatry, v. 19, p. 1, 2019.

NASSTASIA, Y. *et al*. Differential treatment effects of an integrated motivational interviewing and exercise intervention on depressive symptom profiles and associated factors: A randomised controlled cross-over trial among youth with major depression. Journal of Affective Disorders, v. 259, p. 413, 2019.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Depressão. Disponível em: < https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 23 mar. 2021.

PELLETIER, L. *et al*. Self-management of mood and/or anxiety disorders through physical activity/exercise." "Autogestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété par l'activité physique et l'exercice. Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice, v. 37, p. 149, 2017.

SAEED, S.A. *et al*. Depression and anxiety disorders: benefits of exercise, yoga, and meditation. American Family Physician, v. 99, p. 620, 2019.

SCHUCH, F.B. & BRENDON, S. The role of exercise in preventing and treating depression. Current Sports Medicine Reports, v. 18, p. 299, 2019.

SILVA, L. *et al*. Effects of aquatic exercise on mental health, functional autonomy and oxidative stress in depressed elderly people: a randomized clinical trial. Clinics, v. 74, e322, 2019.

SIQUEIRA, C.C. *et al*. Antidepressant efficacy of adjunctive aerobic activity and associated biomarkers in major depression: A 4-Week, randomized, single-blind, controlled clinical trial. PloS one, v. 11, e0154195, 2016.

TOUPS, M. *et al*. Exercise is an effective treatment for positive valence symptoms in major depression. Journal of Affective Disorders, v. 209, p. 188, 2017.

VANCINI, R.L. *et al*. Pilates and aerobic training improve levels of depression, anxiety and quality of life in overweight and obese individuals. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 75, p. 850, 2017.

WEERSING, V.R. *et al*. Brief behavioral therapy for pediatric anxiety and depression in primary care: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, v. 74, p. 571, 2017.

WIPFLI, B. *et al*. An examination of serotonin and psychological variables in the relationship between exercise and mental health. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports v. 21, p. 474, 2011.

# CAPÍTULO 3

# POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ANÁLISE INTEGRATIVA

*Palavras-chave: Políticas Públicas; Drogas Ilícitas; Consumo de Bebidas Alcoólicas*

EUKÁLIA PEREIRA DA ROCHA[1]
AMANDA ALVES DE ALENCAR RIBEIRO[1]
MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES[2]
CARLA DANIELLE ARAÚJO FEITOSA[3]
DANIEL DE MACÊDO ROCHA[3]
LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA[3]
ANA LÍVIA CASTELO BRANCO DE OLIVEIRA[4]
CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO[5]
SANDRA CRISTINA PILLON[6]

1. Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.
2. Pós-Doutora. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.
3. Mestre e Doutorando em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.
4. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.
5. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.
6. Pós-Doutora. Professora Titular da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

## INTRODUÇÃO

As políticas públicas constituem um modo peculiar de vínculo entre a ciência e a gestão pública de um país, de modo que se permite a união entre a base científica sólida de estudos, os aspectos técnicos operacionais e a avaliação dos serviços de saúde para, em conjunto, estabelecerem a sistematização, a análise das políticas implementadas e a construção de novas propostas de intervenção (SOUZA *et al*., 2018).

Em 2003 foi implantada, no Brasil, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD), articulada à Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Lei nº 10.216/02), que envolve a Reforma Psiquiátrica e a III Conferência Nacional de Saúde Mental (Dezembro/2001). Embora já existissem discussões a esse respeito em formato de ações governamentais e não governamentais, a publicação dessa política representou um marco importante no debate sobre a temática no país (BRASIL, 2003; VARGAS & CAMPOS, 2019).

Com o rápido avanço do consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, e seus decorrentes impactos sobre a saúde e a segurança pública, tornou-se fundamental o estabelecimento de um conjunto de estratégias com abordagens e intervenções compatíveis à dimensão da problemática. A PAIUAD trouxe uma nova abordagem, centrada na redução de danos e na promoção da melhoria da qualidade de vida dos usuários, muito aquém da antiga visão de tratamento, voltada principalmente à abstinência (TEIXEIRA *et al*., 2017).

Além disso, a integração da rede de atenção ao uso de drogas ganhou impulso com a diversificação tanto de serviços ofertados em diferentes níveis de atenção da rede de saúde, quanto de dispositivos para prevenção e tratamento, como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), destacando-se também os avanços na discussão do consumo dessas substâncias também por mulheres, crianças e adolescentes (TREVISAN & CASTRO, 2019; BRASIL, 2011a).

Assim como o cenário epidemiológico do uso de drogas no Brasil, a Política também passou por mudanças em suas estratégias, com destaque para o reforço das abordagens proibicionistas – aspecto ao qual a política inicialmente objetivava reduzir por meio de ações como as de Redução de Danos. Ademais, é observado ainda um incentivo à institucionalização de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas, além da diminuição de recursos para os CAPSad e maior incentivo do repasse de verbas às Comunidades Terapêuticas, o que expõe um contraponto que favorece o enfraquecimento de ações com embasamento científico e pouco espaço para escolha dos usuários no que se refere ao seu local de tratamento (WANDEKOKEN & ARAÚJO, 2015; GALINDO *et al*., 2017).

Torna-se essencial que a atual política seja revisada, uma vez que o Brasil está seguindo em direção oposta ao restante dos países, com a elevação do uso de substâncias psicoativas – principalmente de drogas ilícitas, como o crack – e o fortalecimento do narcotráfico, além do expressivo aumento da violência que permeia o contexto do consumo de drogas (ALVARENGA *et al*., 2018).

Do exposto, considerando a importância de acompanhar o desenvolvimento destas ações em saúde, o presente estudo apresenta como objetivo analisar as políticas públicas de

enfrentamento ao consumo abusivo de álcool e/ou outras drogas no Brasil.

## MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada no período de janeiro a fevereiro de 2020. Este método permite a síntese do conhecimento atual, apontando lacunas no conhecimento de determinadas áreas e permitindo conclusões gerais sobre o tema que se deseja pesquisar. O processo de elaboração seguiu as seguintes etapas: (i) elaboração da questão de pesquisa; (ii) busca nas bases de dados, categorização dos estudos, (iii) análise crítica dos estudos, (iv) discussão dos resultados e (v) síntese do conhecimento (MARZIALE, 2015).

Para elaboração da questão norteadora de pesquisa utilizou-se o acrônimo PVO (População, Variáveis e Resultados), considerada uma das estratégias mais adequadas para o levantamento de literatura científica. Definiu-se *População* como sendo "usuários de álcool e/ou outras drogas/políticas públicas; as *Variáveis* "análise/saúde mental/Brasil" e os *Resultados* "Analisar o desenvolvimento das políticas públicas frente às drogas" (MENDES *et al*., 2019). Desta maneira, foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: "*Como evoluíram as políticas públicas voltadas ao enfrentamento do consumo de álcool e/ou outras drogas no Brasil?*".

Para levantamento nas bases de dados foram utilizados os termos indexados nos "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCs) e no *Medical Subject Heading Terms (Mesh Terms –MeSH*). A pesquisa dos estudos primários foi obtida nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE)*; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science* (WOS) e *Scopus*.

Foram aplicados os seguintes operadores booleanos nas bases LILACS e Scopus: (política pública) AND (drogas ilícitas) AND (consumo de bebidas alcóolicas) OR (alcoolismo). Nas bases MEDLINE, CINAHL e WOS, utilizaram-se: (*public policy*) AND (*illicit drugs*) AND (*alcohol drinking*) AND (*mental health*).

Dentre os critérios de elegibilidade foram definidos: artigos primários, publicados entre os anos de 2003 a 2019, e que respondiam à questão norteadora deste estudo. Esse recorte temporal foi delimitado com base no período de implantação da política para álcool e/ou outras drogas, possibilitando a análise do cenário desde sua implantação até o momento presente. Definiu-se como critérios de exclusão: estudos secundários e que não correspondiam ao recorte de tempo definido. Posteriormente, foram selecionados os estudos que respondiam à questão de pesquisa e a exclusão dos que não atendiam aos critérios de inclusão supracitados. Na Figura 3.1, está apresentado o fluxo de seleção dos estudos conforme *Guideline Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis* (PRISMA) (MOHER *et al*., 2009).

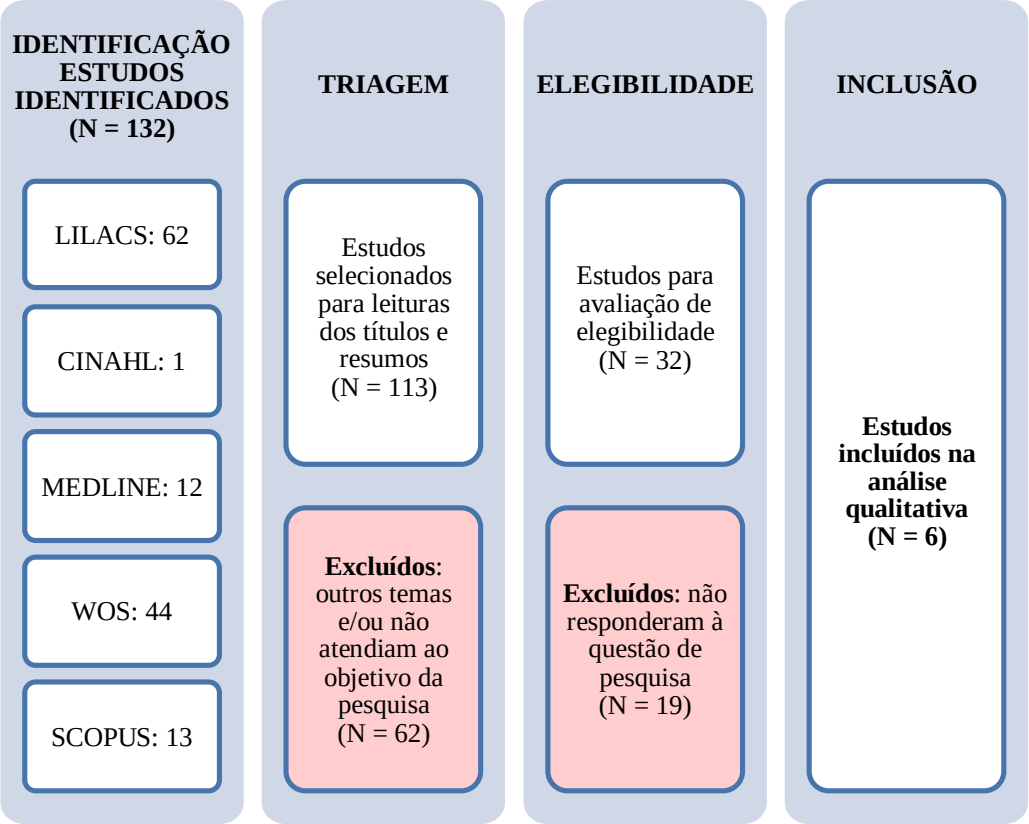
Para a avaliação crítica e a sistematização dos estudos, foi utilizado um instrumento adaptado – *Instrumento Red de Enfermería y Salud Ocupacional* (RedENSO Internacional). O instrumento avaliou as seguintes variáveis: dados relacionados à publicação (título, volume, número e ano), autoria, objetivo do estudo, desenho metodológico, principais resultados,

conclusão e o conhecimento novo resultante da pesquisa (MARZIALE, 2015).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente levantamento foram obtidos seis artigos, os quais foram caracterizados pelo título, autores, ano de publicação, tipo de estudo, objetivo e principais resultados, dados apresentados no Quadro 3.1.

**Figura 3.1.** Fluxo de seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa




**Fonte:** Adaptação do modelo PRISMA, 2015.

Os artigos foram publicados nos anos de 2012, 2015, 2017, 2018 e 2019. Foram abordados aspectos relacionados ao desenvolvimento das políticas sobre drogas no Brasil (PEREIRA *et al*., 2012; COSTA *et al*., 2017b) e análise das políticas para álcool e/ou outras drogas em diferentes cenários (COSTA *et al*., 2017a; SOUZA, 2018).

Quanto ao desenho metodológico, houve uma predominância de estudos de abordagem qualitativa, que avaliaram os documentos oficiais. Nos estudos, foi observada grande busca no meio científico pela compreensão da política, bem como da avalição de sua eficácia. Observa-se um menor expoente de autores que trabalharam a temática, o que pode influenciar em menor quantidade de atividades de gestão com embasamento científico e, consequentemente, com resultados previsíveis (MEDEIROS *et al.*, 2019).

**Quadro 3.1.** Resumo das mudanças ocorridas na Política de Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas

| Título | Delineamento | Objetivo | Resultados |
|---|---|---|---|
| Reflexão acerca da política do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e/ou outras drogas sob a óptica da sociologia das ausências e das emergências (PEREIRA *et al.*, 2012) | Estudo qualitativo, interpretativo e documental | Analisar a Política Nacional do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, na perspectiva sociológica | A política surgiu após grande movimentação de trabalhadores, usuários e familiares |
| Implementação de políticas públicas sobre álcool e/ou outras drogas nos municípios brasileiros: estudos comparativos (MOTA & RONZANI, 2016) | Estudo qualitativo comparativo | Comparar a implementação de políticas públicas sobre abuso de álcool e outras drogas em três municípios brasileiros | Existem barreiras à integração da rede de atendimento aos usuários, incluindo a dificuldade de acesso à assistência |
| Levantamento da rede de atenção aos usuários de drogas: Um estudo exploratório (COSTA *et al.*, 2017a) | Estudo quantitativo transversal | Realizar levantamento e análise da rede de atenção aos usuários de drogas de um município brasileiro | Hegemonia de oferta de serviços não governamentais na assistência aos usuários de drogas |
| Proibicionismo e atenção em saúde a usuários de drogas: tensões e desafios às políticas públicas (LOPES, 2019) | Estudo qualitativo | Refletir sobre os modelos e práticas de atenção a usuários de drogas em meio às políticas públicas atualmente em voga | As atuais políticas de atenção aos usuários se encontram em rota de colisão e tensionamento com o proibicionismo |
| Políticas públicas brasileiras sobre drogas: uma análise considerando os aspectos de assistência, prevenção e controle de suprimentos (SOUZA, 2018) | Estudo qualitativo documental | Analisar a estrutura das políticas de drogas no Brasil | Predomínio da assistência focada no desenvolvimento de serviços de tratamento. Maior atenção ao crack do que em outras drogas de maior impacto na saúde pública |
| "No papel é bonito, mas na prática..." Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área (COSTA *et al.*, 2017b) | Estudo qualitativo documental | Compreender como as redes de atenção aos usuários de drogas são apresentadas nas atuais políticas brasileiras sobre o tema | Contradições foram constatadas em relação aos modelos assistenciais, intersetorialidade, relação entre Estado, terceiro setor e iniciativa privada. |

No que concerne aos objetivos, foi evidenciada presença maior de estudos reflexivos e análises sobre a política, bem como reforço do aspecto subjetivo envolvendo as drogas (MOTA & RONZANI, 2016). As conclusões dos estudos mostraram a notória necessidade de incentivo à pesquisa e à formação de profissionais de saúde especializados sobre a temática em questão, uma vez que os conhecimentos e a competência dos profissionais de saúde envolvidos refletem diretamente nas ações e estratégias propostas pela política de atenção aos usuários de álcool e outras substâncias psicoativas, sendo fator importante para os

seus resultados decorrentes (MEDEIROS *et al.*, 2019).

As políticas públicas sobre álcool e/ou outras drogas tiveram avanços quanto à diversidade de serviços ofertados pela rede de atenção ao longo dos anos; por outro lado, ainda são observadas barreiras à implementação das estratégias, visualizadas a partir de ações arraigadas em conceitos de proibicionismo e na busca por "soluções-fim", desconsiderando os múltiplos fatores envolvidos no cenário das drogas (LOPES, 2019). Visões como estas dificultam a implementação de ações eficazes que objetivem prevenção, tratamento e redução de danos (RAMOS & BOARINI, 2015). No Quadro 3.2 são apresentadas as principais mudanças ocorridas no contexto da Política de Atenção Integral a usuários de Álcool e/ou outras Drogas.

**Quadro 3.2.** Resumo das mudanças ocorridas na Política de Atenção Integral a usuários de Álcool e/ou outras Drogas

| | |
|---|---|
| **2001** | A III Conferência Nacional de Saúde Mental reforça a necessidade de construção de uma política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas. |
| | Criação da Política Nacional Antidrogas (PNAD) com ênfase na prevenção de doenças infecciosas. |
| **2002** | Implementação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. |
| | Criação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD). |
| **2003** | Implantação da Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. |
| **2004** | A Portaria n° 2.197/2004 destaca a estratégia da redução de danos como eixo central da Política. |
| **2009** | O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, define entre suas prioridades a atenção à população infanto-juvenil. |
| **2011** | É instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. |
| | As comunidades terapêuticas são conveniadas ao SUS e passam a integrar como serviço de atenção da rede pública. |
| **2012** | Implantado o CAPSad III com funcionamento 24 horas. |
| | Lançado o programa Crack, é Possível Vencer – objetiva expandir a RAPS para usuários de álcool e outras drogas e investir em capacitação profissional. |
| **2013** | Lançamento do "Projeto Caminhos do Cuidado", visando à qualificação de equipes de Saúde da Família no contexto das drogas. |
| **2018** | A resolução nº 01/2018 diminui o espaço da estratégia de redução de danos e da ênfase à ampliação de leitos psiquiátricos e os investimentos e parcerias com as Comunidades Terapêuticas. |
| **2019** | O Decreto 9.761 institui a Nova Política Nacional de Drogas que passa a promover a "abstinência total", facilita internações involuntárias e fortalece o apoio e expansão das Comunidades Terapêuticas. |

A rede de atenção intersetorial e interdependente, a qual objetivava a política, passou a contar com ações como o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e/ou outras Drogas (PEAD) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e/ou outras Drogas (Plano Crack). Essas estratégias foram desenvolvidas frente ao avanço do consumo do crack no país e trouxeram novos olhares

para o consumo por crianças e adolescentes, grupo no qual as implicações do consumo de drogas tendem a ter rápido crescimento (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b). Ações como esta representaram avanços na atenção aos usuários de drogas e ainda se mostram positivas para o contexto e para o cenário atual (HENRIQUES *et al.*, 2018).

Quanto aos dispositivos e serviços ofertados pela política, estão as Comunidades Terapêuticas, entidades que surgiram diante da ausência de políticas formais e que tiveram crescimento no Brasil a partir dos anos de 1990 (ALVES, 2009). Estas entidades, apesar de reguladas oficialmente, ainda apresentam fundamentos que divergem dos princípios e diretrizes da Política de Atenção aos usuários de drogas e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (RIBEIRO & MINAYO, 2015; FOSSI & GUARESCHI, 2015). Importa ainda destacar que as redes de atenção devem ser constituídas por diferentes níveis e dispositivos, diversificando as estratégias e modalidades de cuidado, e buscando o estabelecimento da integralidade de acordo com as características socioculturais dos sujeitos (LOPES, 2019).

Em relação às necessidades apontadas pela política em sua implantação e também no cenário atual está a capacitação do pessoal de saúde que precisa acompanhar as transformações no cenário das drogas para além dos muros das instituições. Estes são aspectos importantes e que devem ser priorizados na formação de uma rede de atenção sólida e eficaz (COSTA *et al.*, 2017b). Desse modo, pontos como a escuta e a valorização das vivências dos usuários precisam servir de base para a atuação dos profissionais da área (PEREIRA *et al.*, 2012).

Ao longo do século XX as questões relacionadas ao uso de drogas receberam um teor de "nocividade". Estes resquícios ainda trazem dificuldades e limitações acerca do tratamento, prevenção e o debate em geral sobre o uso de drogas e as perspectivas relacionadas ao tema. O cenário atual é de tensões, com a política de atenção ao usuário de um lado e o fortalecimento de forças proibitivas e punitivas do outro, assim, a saúde pública e a segurança pública no que tange a temática das drogas apresentam divergências importantes sobre o assunto, sendo necessária aproximação mais estreitas entre teoria e prática (LOPES, 2019; SIEGFRIED & PARRY, 2019).

O estudo contribui para uma reflexão sobre a transversalidade e o desenvolvimento das políticas sobre drogas no país, destacando os pontos que necessitam de melhorias e também ações que se mostraram positivas e eficientes frente à temática. Portanto, torna-se necessário, no campo da saúde pública, investimentos em pesquisas sobre o tema, com intuito de trabalhar os pontos frágeis e as estratégias exitosas.

Por fim, considera-se como limitação do estudo o número reduzido de artigos primários, com recorte temporal recente, voltados à discussão do tema. Assim, chama-se a atenção para a necessidade de maiores incentivos para o desenvolvimento de futuros estudos sobre a temática, tendo em vista sua importância para saúde pública, especialmente no contexto atual de mudanças no cenário de álcool e/ou outras drogas.

## CONCLUSÃO

Observa-se que ações da política no Brasil seguem com resquícios de um modelo pautado no proibicionismo e na busca de soluções-fim, apesar dos avanços. As contradições no modelo de atenção aos

usuários se destacam em alguns momentos, como é o caso das entidades não governamentais que não atendem em sua totalidade aos princípios e diretrizes da Atenção Psicossocial.

O estudo mostra ainda que as políticas públicas são essenciais para a implantação de estratégias de atendimento nos mais diversos núcleos de saúde, principalmente naqueles voltados à atenção em saúde mental e uso/abuso de substâncias psicoativas. Torna-se evidente a necessidade de se fortalecer os eixos teoria e prática, de modo a estreitar as diretrizes e as atividades objetivas pelas políticas de saúde. Nesse sentido, entende-se que a integralidade da assistência voltada ao enfrentamento do uso de drogas depende não somente da implementação de políticas, mas também da capacitação e atuação profissional das equipes da rede de atenção aos usuários de álcool e outras substâncias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, R. *et al.* Política de drogas no Brasil no cenário de violações aos direitos humanos. Argumentum, v. 10, p. 123, 2018.

ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, p. 2309, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 03 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Institui o programa Crack, é Possível Vencer. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7637.html. Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 03 fev. 2021.

COSTA, P.H.A. *et al.* "No papel é bonito, mas na prática…" Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. Saúde e Sociedade, v. 26, p. 738, 2017b.

COSTA, P.H.A. *et al.* Levantamento da rede de atenção aos usuários de drogas: Um estudo exploratório. Estudos de Psicologia, v. 22, p. 160, 2017a.

FOSSI, L.B. & GUARESCHI, N.M.F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 15, p. 94, 2015.

GALINDO, D. *et al.* Comunidades terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas: uma política de confinamento. Barbarói (UNISC), p. 226, 2017.

HENRIQUES, B.D. *et al.* Uso de crack e outras drogas: percepção familiar em relação à rede de suporte em um centro de referência. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 3453, 2018.

LOPES, F.J.O. Proibicionismo e atenção em saúde a usuários de drogas: tensões e desafios às políticas públicas. Psicologia & Sociedade, v. 31, e188088, 2019.

MARZIALE, M.H. Instrumento para recolección de datos revisión integrativa, 2015. Disponível em: http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/sites/redenso/wp-content/uploads/sites/9/2019/09/Instrumiento_revision_litetarura_RedENSO_2015.pdf. Acesso em: 05 fev. 2021.

MEDEIROS, D.G. *et al.* Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, e00242618, 2019.

MENDES, K.D.S. *et al.* Uso do gerente de referência bibliográfico na seleção de estudos primários em revisões integrativas. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 28, e20170204, 2019.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine, v. 6, e1000097, 2009.

MOTA, D.B. & RONZANI, T. M. Implementação de políticas públicas sobre álcool e outras drogas nos municípios brasileiros: estudos comparativos. Heath and Social Care, v. 24, p. 507, 2016.

PEREIRA, M.O. *et al.* Reflexão acerca da política do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das Ausências e das Emergências. SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), v. 8, p. 9, 2012.

RAMOS, R.C.M.B. & BOARINI, M.L. Comunidades terapêuticas: "novas" perspectivas e propostas higienistas. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 22, p. 1231, 2015.

RIBEIRO, F.M.L. & MINAYO, M.C.S. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. Interface, v. 19, p. 515, 2015.

SIEGFRIED, N. & PARRY, C. Do alcohol control policies work? An umbrella review and quality assessment of systematic reviews of alcohol control interventions (2006–2017). PLoS One, v. 14, e.0214865, 2019.

SOUZA, C. Coordenação de políticas públicas. Brasília: Enap, 2018. 72 p.

SOUZA, J. *et al*. Brazilian public policies on drugs. Journal of Addictions Nursing, v. 29, p. 50, 2018.

TEIXEIRA, M.B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1455, 2017.

TREVISAN, E.R. & CASTRO, S.S. Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas: perfil dos usuários. Saúde debate, v. 43, p. 450, 2019.

VARGAS, A.F.M. & CAMPOS, M.M. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 1041, 2019.

WANDEKOKEN, K.D. & ARAÚJO, M.D. Trabalho nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas e as políticas públicas: que caminho seguir? Revista Trabalho, Educação e Saúde, v. 13, p. 157, 2015.

# CAPÍTULO 4

# AUTOMUTILAÇÃO SEM INTENÇÃO SUICIDA E FATORES ASSOCIADOS ENTRE ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO

*Palavras-chave: Automutilação; Adolescente; Saúde Mental; Risco de Suicídio*

ELIANY NAZARÉ OLIVEIRA[1]
LUDMILLA ALVES SANTOS[2]
JACQUES ANTONIO CAVALCANTE MACIEL[3]
PAULO ALMEIDA PEREIRA[4]
PAULO CESAR DE ALMEIDA[5]
MARISTELA INÊS OSAWA VASCONCELOS[1]
FRANCISCO ROSEMIRO GUIMARAES XIMENES NETO[1]
GLEISSON FERREIRA LIMA[2]
MARCOS PIRES CAMPOS[6]
DANYELA DOS SANTOS LIMA[7]
HELIANDA LINHARES ARAGÃO[8]
SABRINA DA SILVA FRANÇA[6]
FRANCISCA VERÔNICA DIAS MELO[6]

1. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.
2. Discente da Residência Multiprofissional em Saúde Mental - Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia.
3. Docente da Universidade Federal do Ceará - UFC
4. Docente da Universidade Católica Portuguesa.
5. Docente da Universidade Estadual do Ceará - UECE.
6. Discente de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.
7. Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família - UVA/RENASF.
8. Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família - UFC.

## INTRODUÇÃO

A automutilação tem sido uma prática que a cada dia vem ganhando mais adeptos, o que configura um grande problema para saúde pública, especialmente por ser realizada por adolescentes. A prática de provocar autolesão também pode ser denominada, no Brasil, com os termos automutilação, autoflagelação, escarificação, escoriação, marcas corporais e outros (BARBOSA *et al*., 2019).

Neste estudo utiliza-se o termo automutilação, que pode ser definida como o ato de se machucar intencionalmente, de forma superficial, moderada e/ou profunda, sem a intenção consciente de cometer suicídio. São comportamentos danosos contra o próprio corpo, que podem ser realizados através de cortes, perfurações, mordidas, queimaduras, beliscões e espancamentos, feitos a mão ou com o auxílio de objetos perfurocortantes, objetos que possam causar contusões no corpo, e/ou até queimaduras. As pessoas que se utilizam desta prática justificam que a intenção é em geral aliviar tensões ou outros sentimentos egodistônicos. Tais comportamentos podem ser compreendidos como uma forma disfuncional adotados para o enfrentamento de situações-problemas, praticada na maioria das vezes por indivíduos que apresentam estratégias limitadas para superação das adversidades (CEDARO & NASCIMENTO, 2013).

A automutilação tem sido percebida como um comportamento de autodestruição desencadeado de um desejo de se punir que parece ser involuntário ou não verbalizado, onde os impulsos agressivos são redirecionados. Nas últimas décadas, o interesse pelo comportamento de automutilação e o desenvolvimento de diversos estudos, parecem resultar da preocupação com o impacto que esse tipo de comportamento tem na vida do indivíduo que praticam a automutilação (VIEIRA *et al*., 2016; GUERREIRO & SAMPAIO, 2013; IZADI-MAZIDI *et al*., 2019; MORAN *et al*., 2012).

Pesquisa realizada em sete países da Europa definiu a automutilação como comportamentos não fatais em que o indivíduo intencionalmente causa lesões a si mesmo provocando cortes, arranhões ou queimar a própria pele, pular de locais relativamente altos, consumir medicamentos em doses superiores as posologias terapêuticas, fazer uso de drogas ilícitas ou substâncias psicoativas com intuito de autoagressão e ingerir substâncias ou objetos não ingeríveis (MADGE *et al*., 2008).

Estudo longitudinal realizado no intervalo de 16 anos, com 1.802 australianos evidenciou que na faixa etária de 14 e 19 anos a incidência de autolesão foi de 8%, sendo 10% do sexo feminino e 6% do sexo masculino, e na fase adulto jovem, com idade entre 20 e 29 anos, apenas 2,6% continuaram a praticar a autolesão. Neste contexto, identificou-se a redução, mas não interrupção total. Os autores também concluíram que adolescentes com depressão e ansiedade apresentavam elevado risco de realizar autolesão e continuar a prática, quando adulto jovem (MORAN *et al*., 2012).

A partir desta contextualização, pode-se afirmar que a automutilação é um problema mundial. Tais prevalências requerem atenção e preocupação da sociedade de maneira geral, instituições públicas, de profissionais de saúde e da educação, visto que revelam que esta prática é amplamente adotada por adolescentes e jovens. No Brasil, não existem estudos sobre prevalência e incidência da automutilação, no entanto, acredita-se que se seguem os índices mundiais.

Em território brasileiro existem sites e comunidades virtuais sobre o assunto, os quais se tornam espaços dialógicos em que os usuários relatam suas práticas de autolesão e tentam se ajudar para cessar tal comportamento. Soma-se a este fato os atendimentos psicológicos, onde em muitos casos o fenômeno é abordado (BARBOSA *et al*., 2019).

Diante das evidências científicas, este estudo se justifica pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a percepção, os significados e os sentimentos da dor na autolesão. Neste cenário, o objetivo deste estudo é analisar o fenômeno da automutilação sem intenção suicida entre estudantes de uma escola de ensino médio pública do Município de Sobral, Ceará.

## MÉTODO

Estudo do tipo transversal descritivo e analítico com abordagem quantitativa. Realizada entre janeiro e fevereiro de 2020. Foram avaliadas 995 estudantes de uma escola de ensino médio da pública da cidade de Sobral, Ceará. Esta contou com apoio de cinco bolsistas de iniciação cientifica que receberam treinamento para abordagem e aplicação do instrumento.

A população do estudo é constituída por 1.280 alunos, de 10 a 19 anos, matriculados na escola. Para o cálculo do tamanho da amostra, fixou-se uma proporção de automutilação entre os adolescentes P de 50%, pois, esse valor implicará tamanho máximo de amostra; fixou-se o nível de significância de 5% ($\alpha$ = 0,05) e um erro amostral relativo de 8% (erro amostral absoluto = 4%). Esses valores são indicados para populações finitas (n = 1.280 alunos), proporcionando uma amostra de tamanho "n" igual de 409 alunos. Este cálculo amostral serviu apenas de parâmetro para ter-se a ideia do número de participantes com valor estatístico ideal para o tamanho da população. Vale ressaltar, que mediante a solicitação da direção da escola, todas as turmas nos turnos manhã, tarde e noite foram abordadas, ou seja, todos os estudantes presentes em sala receberam o convite para participação na pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: estudantes regularmente matriculados, que trouxeram o termo de consentimento (TCLE) assinado pelos pais ou responsáveis, que assinaram previamente o termo de assentimento, que estavam presentes na sala de aula no dia e horário da coleta de dados. Aos com idade acima de 18 anos não foi solicitado o TCLE dos pais ou responsáveis. Dos 1.280 estudantes de 14 a 25 anos matriculados na escola, 259 não participaram da pesquisa por falta de interesse ou porque não se adequaram aos critérios de inclusão e 26 responderam o instrumento de forma inadequada, deixando várias informações em branco. Assim, a amostra foi composta por 995 participantes, a que corresponde um erro amostral absoluto = 1,5%.

O instrumento utilizado foi Escala de Comportamento de Automutilação - *Functional Assessment of Self-Mutilation* (FASM) – elaborada por Lloyd-Richardson (1997), traduzida e adaptada para o Brasil por Giusti (2013). No Brasil, Escala de Comportamento de Autolesão (ECA) examina as formas e meios utilizados, frequência e razões do comportamento de autolesão. O instrumento investiga a ocorrência de 11 tipos de autolesão durante o último ano e, nos casos confirmados, investiga também: a frequência; a necessidade de intervenção; o tempo gasto entre pensar e se mutilar; a faixa etária de início da autolesão; se há influência de drogas; se há a intenção suicida; a intensidade da dor

sentida no ato da autolesão e os aspectos motivadores (GIUSTI, 2013).

Na escala, a questão 19 foi agrupada de acordo com Izadi-Mazidi *et al.* (2019) para a classificação das seguintes dimensões: reforço automático negativo; reforço automático positivo; reforço social negativo e reforço social positivo. Os dados foram codificados e digitados no programa Microsoft Excel® 2017 em planilha previamente programada, posteriormente analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 e licença de número 10101131007. Uma vez que os grupos em estudo podem ser considerados de grande dimensão, o estudo das relações entre os reforços e o sexo e com quem moram podem ser realizadas recorrendo a testes paramétricos. O teste t foi utilizado para relacionar o sexo dos estudantes aos reforços apresentados e o teste ANOVA para relacionar com que moram e as dimensões dos reforços.

Vale ressaltar que este estudo é um recorte de uma investigação mais ampla intitulada: Automutilação em adolescentes de escolas públicas do Município de Sobral, Ceará, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú (UVA), com parecer n° 3.744.525. No seguimento da pesquisa estava prevista a devolução dos principais resultados para gestão da escola, para que esta possa organizar um planejamento de atividades no contexto escolar tendo como base o nas características identificadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 995 estudantes de uma escola de ensino médio. Na amostra, relativamente à turma, 28,7% (n = 286) são do 1º ano, 32,6% (n = 324) são do 2º ano e 38,7% (n = 385) são do 3º ano; a idade apresenta uma média de 15,95 anos com um desvio padrão de 1,11 anos, variando entre 14 e 25 anos, sendo as idades mais frequentes 15, 16 e 17 anos; 51,5% (n = 512) são do sexo masculino e os restantes 48,5% (n = 483) são do sexo feminino; 26,6% (n = 265) não tem religião e 73,4% (n = 730) tem religião, destes 57,2% (n = 569) professam a religião católica, 14,7% (n = 146) responderam evangélico, 0,5% (n = 5) são umbandistas, também 0,5% (n = 5) responderam mórmon, 0,4% (n = 4) professam espiritismo e 0,1% (n = 1) professa candomblé; 56,1% (n = 558) moram com os pais, 3,2% (n = 32) mora apenas com o pai, 30,4% (n = 302) moram apenas com a mãe e 10,4% (n = 103) moram com outros; quanto ao estado civil, 96,9% (n = 964) são solteiros e 3,1% (n = 31) vivem em união estável.

Para análise da prevalência de comportamentos automutiladores referentes ao último ano, estes foram sumarizados em uma tabela de frequências (Tabela 4.1).

Pode-se observar que, na amostra analisada, os comportamentos mais prevalentes foram: “8. Mordeu você mesmo (sua boca ou lábio)” 30,7%, 25,9% assinala “5. Cutucou um ferimento”, 19,8% assinala “2. Bateu em você mesmo propositalmente”. O comportamento menos prevalente foi o 11 “Esfolou sua pele propositalmente”, com 1,5% assinala “12. Outros”.

Na amostra, relativamente a se não ocorreu no ano passado, alguma vez na vida já teve algum dos comportamentos descritos acima, 22,6% (n = 224) responderam afirmativamente. Referente a questão de número 15, a média de tempo gasto foi de 3,58 horas. Em relação à busca por tratamento, nem todos os participantes da amostra responderam este questionamento, sendo que a busca se deu na maior parte dos respondentes quando se referia às questões de

um a quatro e de nove a 12. Na amostra, quando questionados se ao realizar algum dos comportamentos acima estavam sob efeito de drogas ou álcool, 1,2% respondem afirmativamente.

**Tabela 4.1.** Distribuição dos comportamentos apresentados pelos estudantes do ensino médio relativos ao ano anterior, Sobral, Ceará, Brasil (N = 995)

| | Não | | Sim | | Fez Tratamento | | Não fez tratamento | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1. Cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele | 814 | 81,8 | 181 | 18,2 | 18 | 62,1 | 11 | 37,9 |
| 2. Bateu em você mesmo propositalmente | 798 | 80,2 | 197 | 19,8 | 14 | 53,8 | 12 | 46,2 |
| 3. Arrancou seus cabelos | 919 | 92,4 | 76 | 7,6 | 7 | 77,8 | 2 | 22,2 |
| 4. Fez uma tatuagem em você mesmo | 953 | 95,8 | 42 | 4,2 | 6 | 100,0 | 0 | 0 |
| 5. Cutucou um ferimento | 737 | 74,1 | 258 | 25,9 | 11 | 35,5 | 20 | 64,5 |
| 6. Queimou sua pele (cigarro, fósforo ou objeto quente) | 869 | 87,3 | 126 | 12,7 | 4 | 30,8 | 9 | 69,2 |
| 7. Inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele | 916 | 92,1 | 79 | 7,9 | 7 | 77,8 | 2 | 22,2 |
| 8. Mordeu você mesmo (sua boca ou lábio) | 690 | 69,3 | 305 | 30,7 | 18 | 45,0 | 22 | 55,0 |
| 9. Beliscou ou cutucou áreas de seu corpo até sangrar | 879 | 88,3 | 116 | 11,7 | 16 | 80,0 | 4 | 20,0 |
| 10. Fez vários arranhões em sua pele propositalmente | 838 | 84,2 | 157 | 15,8 | 14 | 66,7 | 7 | 33,3 |
| 11. Esfolou sua pele propositalmente | 980 | 98,5 | 15 | 1,5 | 5 | 100,0 | 0 | 0 |
| 12. Outros | 983 | 98,9 | 11 | 1,1 | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 |
| 13. Se não ocorreu no ano passado, você alguma vez na vida já teve algum dos comportamentos descritos acima? | 769 | 77,4 | 224 | 22,6 | 10 | 40 | 15 | 60 |
| 14. Quando fez alguns dos atos acima, você estava tentando morrer? | 878 | 88,2 | 117 | 11,8 | 10 | 71,4 | 4 | 28,6 |
| 15. Quanto tempo você gasta pensando em fazer o(s) ato(s) acima antes de realmente executá-los? | - | - | - | - | 3 | 14,3 | 18 | 85,7 |
| 16. Você teve algum destes comportamentos quando estava sob efeito de drogas ou álcool? | 983 | 98,8 | 12 | 1,2 | - | - | - | - |

Em relação às justificativas para a realização da automutilação, estas foram classificadas em reforço automático negativo, reforço automático positivo, reforço social negativo e reforço social positivo (Tabela 4.2).

**Tabela 4.2**. Distribuição das justificativas utilizadas para automutilação dos estudantes do ensino médio, Sobral, Ceará, Brasil (N = 995)

| | N | Média | Desvio Padrão | Coef. Variação |
|---|---|---|---|---|
| **Reforço automático negativo** | | | | |
| 2. Para aliviar sensações de "vazio" ou indiferença | 995 | 0,52 | 0,93 | 180% |
| 14. Para parar sentimentos/sensações ruins | 995 | 0,48 | 0,94 | 197% |
| **Reforço automático positivo** | | | | |
| 4. Para sentir alguma coisa, mesmo que fosse dor | 995 | 0,31 | 0,71 | 232% |
| 10. Para se castigar | 995 | 0,36 | 0,82 | 228% |
| 22. Para sentir-se relaxado | 995 | 0,30 | 0,77 | 254% |
| **Reforço social negativo** | | | | |
| 1. Para não ir à escola, trabalho ou outras atividades | 995 | 0,09 | 0,39 | 425% |
| 5. Para evitar ter que fazer algo "chato", que você não queria fazer | 995 | 0,19 | 0,58 | 301% |
| 9. Para evitar estar com outras pessoas | 995 | 0,13 | 0,50 | 373% |
| 13. Para evitar ser punido ou assumir as consequências | 995 | 0,10 | 0,47 | 445% |
| **Reforço social positivo** | | | | |
| 3. Para chamar a atenção | 995 | 0,11 | 0,44 | 393% |
| 6. Para controlar uma situação | 994 | 0,46 | 0,92 | 200% |
| 7. Para testar a reação de alguém, mesmo que esta fosse negativa | 995 | 0,18 | 0,55 | 303% |
| 8. Para receber mais atenção dos pais ou amigos | 995 | 0,17 | 0,55 | 330% |
| 11. Para fazer com que outra pessoa reagisse de outra forma ou mudasse | 995 | 0,15 | 0,53 | 353% |
| 12. Para se parecer alguém que você respeita | 995 | 0,09 | 0,44 | 486% |
| 15. Para mostrar aos outros o quão desesperado você estava | 994 | 0,19 | 0,61 | 317% |
| 16. Para se sentir fazendo parte de um grupo | 995 | 0,08 | 0,38 | 471% |
| 17. Para fazer seus pais entenderem melhor ou dar mais atenção a você | 994 | 0,18 | 0,60 | 341% |
| 18. Para fazer algo quando está sozinho | 995 | 0,14 | 0,52 | 360% |
| 19. Para fazer algo quando está com outros | 995 | 0,06 | 0,33 | 560% |
| 20. Para pedir ajuda | 995 | 0,21 | 0,64 | 308% |
| 21. Para deixar os outros com raiva | 994 | 0,10 | 0,46 | 452% |
| **Outros** | | | | |
| 23. Outra razão: | 995 | 0,04 | 0,29 | 807% |

**Legenda:** Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- nunca; 2- raramente; 3- às vezes; 4 - frequentemente.

Os valores médios observados são sempre muito baixos, na escala de 0-3, em média. Os maiores valores referem-se às seguintes justificativas: “2. Para aliviar sensações de "vazio" ou indiferença” (M = 0,52), “14. Para parar sentimentos/sensações ruins” (M = 0,48) e “6. Para controlar uma situação” (M = 0,46). As duas primeiras justificativas são referentes ao reforço automático negativo e a terceira a reforço social positivo. As três menores médias referem-se às justificativas: “12. Para se parecer alguém que você respeita” (M = 0,09) e “16. Para se sentir fazendo parte de um

grupo" (M = 0,08), e finalmente de "19. Para fazer algo quando está com outros" (M = 0,06) e "23. Outra razão:" (M = 0,04), sendo os dois primeiros referentes ao reforço social positivo e a outros, respectivamente.

Os reforços automáticos e sociais foram relacionados aos fatores sociodemográficos dos participantes buscando verificar as possíveis associações entre eles, conforme pode ser observado na Tabela 4.3.

**Tabela 4.3.** Análise dos fatores associados aos reforços automáticos e sociais dos estudantes do ensino médio, Sobral, Ceará

| Variáveis | | n | Reforço automático negativo | | Reforço automático positivo | | Reforço social negativo | | Reforço social positivo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP |
| Estado Civil | Solteiro | 964 | 0,50 | 0,85 | 0,32 | 0,62 | 0,13 | 0,33 | 0,16 | 0,31 |
| | União Estável | 31 | 0,52 | 0,83 | 0,40 | 0,68 | 0,15 | 0,33 | 0,30 | 0,47 |
| | | t | -0,127 | | -0,683 | | -0,251 | | -2,367 | |
| | | p | 0,899 | | 0,495 | | 0,802 | | * 0,018 | |
| Sexo | Masculino | 512 | 0,26 | 0,63 | 0,19 | 0,48 | 0,09 | 0,25 | 0,10 | 0,24 |
| | Feminino | 483 | 0,75 | 0,97 | 0,47 | 0,72 | 0,18 | 0,39 | 0,23 | 0,37 |
| | | t | -9,382 | | -7,276 | | -4,387 | | -6,314 | |
| | | p | **0,000 | | **0,000 | | **0,000 | | **0,000 | |
| Religião | Sim | 730 | 0,46 | 0,81 | 0,30 | 0,60 | 0,12 | 0,31 | 0,16 | 0,30 |
| | Não | 265 | 0,59 | 0,39 | 0,69 | 0,69 | 0,17 | 0,38 | 0,18 | 0,35 |
| | | t | 2,098 | | 2,211 | | 2,393 | | 1,141 | |
| | | p | * 0,036 | | * 0,027 | | * 0,017 | | 0,254 | |
| Com quem mora? | Os pais | 558 | 0,44 | 0,80 | 0,27 | 0,57 | 0,13 | 0,33 | 0,15 | 0,31 |
| | Pai | 32 | 0,73 | 0,99 | 0,38 | 0,67 | 0,09 | 0,24 | 0,19 | 0,32 |
| | Mãe | 302 | 0,48 | 0,83 | 0,37 | 0,69 | 0,15 | 0,35 | 0,17 | 0,32 |
| | Outro | 103 | 0,76 | 1,04 | 0,44 | 0,69 | 0,11 | 0,25 | 0,21 | 0,36 |
| | | F | 4,902 | | 2,989 | | 0,907 | | 1,202 | |
| | | p | ** 0,002 | | * 0,030 | | 0,437 | | 0,308 | |

**Legenda:** T = Teste t; F = Teste ANOVA; ***** p<0,05; ****** p<0,01.

Na amostra, a média da frequência de "reforço automático negativo" é superior para o estado civil união estável, mas as diferenças não são significativas ($t_{(993)}$ = -0,127; p = 0,899); na amostra, a média da frequência de "reforço automático positivo" é superior para o estado civil união estável, mas as diferenças não são significativas ($t_{(993)}$ = -0,683; p = 0,495). Na amostra, a média da frequência de "reforço social negativo" é superior para o estado civil união estável, mas as diferenças não são significativas ($t_{(993)}$ = -0,251; p = 0,802); a média da frequência de "reforço social positivo" é superior para o estado civil união estável, sendo as diferenças significativas ($t_{(993)}$ = -2,367; p = 0,018).

A média da frequência de "reforço automático negativo" é superior para o sexo feminino, sendo as diferenças significativas ($t_{(993)}$ = -9,382; p<0,001); a média da frequência de "reforço automático positivo" é superior para o sexo feminino, sendo as diferenças significativas ($t_{(993)}$ = -7,276; p<0,001); a média da frequência de "reforço social negativo" é superior para o sexo feminino, sendo as diferenças significativas ($t_{(993)}$ = -4,387; p<0,001); a média da frequência de "reforço social positivo" é superior para o sexo feminino, sendo as

diferenças significativas ($t_{(993)}$ = -6,314; p<0,001).

A média da frequência de "reforço automático negativo" é superior para quem mora com outros e quem mora com o pai e inferior para quem mora com os pais, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($F_{(3,991)}$ = 4,902; p = 0,002); a média da frequência de "reforço automático positivo" é superior para quem mora com outros e inferior para quem mora com os pais, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($F_{(3,991)}$ = 2,989; p = 0,030); na amostra, a média da frequência de "reforço social negativo" é superior para quem mora com a mãe e inferior para quem mora com o pai, mas as diferenças não são significativas ($F_{(3,991)}$ = 0,907; p = 0,437); na amostra, a média da frequência de "reforço social positivo" é superior para quem mora com outros e inferior para quem mora com os pais, mas as diferenças não são significativas ($F_{(3,991)}$ = 1,202; p = 0,308).

A média da frequência de "reforço automático negativo" é superior para quem não tem religião, sendo as diferenças significativas ($t_{(993)}$ = 2,098; p = 0,036); a média da frequência de "Reforço automático positivo" é superior para quem não tem religião, sendo as diferenças significativas ($t_{(993)}$ = 2,211; p = 0,027); a média da frequência de "reforço social negativo" é superior para quem não tem religião, sendo as diferenças significativas ($t_{(993)}$ = 2,393; p = 0,017); na amostra, a média da frequência de "reforço social positivo" é superior para quem não tem religião, mas as diferenças não são significativas ($t_{(993)}$ = 1,141; p = 0,254).

## DISCUSSÃO

O presente estudo estimou a prevalência de comportamentos automutiladores em estudantes do ensino médio de uma escola do município de Sobral. As idades avaliadas variaram de 15 (adolescentes) a 25 anos (adultos jovens), resultados que demonstram uma necessidade de monitoramento desses comportamentos não somente em adolescentes e assim estabelecer estratégias específicas de enfrentamento também entre estudantes universitários potenciais automutilantes por meio de ações de prevenção do sofrimento psicológico geral.

Nesta pesquisa, os reforços mais prevalentes nas respostas foram os associados ao comportamento automático, seja ele negativo, quando sintomas depressivos são eleitos como razão, ou positivos, quando a automutilação gera algum tipo de resposta, seja ela sensação de castigo, de prazer ou de sentimento. Esses reforços estão associados aos sentimentos de solidão, isolamento e alienação de colegas e da sociedade em geral e constituem-se principais componentes das teorias contemporâneas de suicídio e autolesão (YOUNG *et al.*, 2014), visto que nos resultados 13,1% da amostra estudada neste estudo teve um comportamento aumutilador no último ano e 22,6% ocorrendo alguma vez na vida.

O sexo feminino foi um fator associado a comportamentos automutilados relacionados a todos os tipos de reforço, achado semelhante a outros estudos que investigaram o comportamento automutilador em adolescentes (ANDOVER *et al.*, 2007; YOU *et al.*, 2011a; BHOLA *et al.*, 2017). Outro estudo que realizou uma estimativa ajustada de comportamentos auto-prejudiciais claramente não suicidas entre adolescentes e adultos jovens na Índia, depois de excluir indivíduos que relataram intenção suicida associada, foi de 33,8%, no qual havia um padrão único de comportamento autolesivo

que se diferenciava nos participantes do sexo feminino. Elas tendiam a ser um grupo mais velho e eram mais propensos a ser do sexo feminino, relatados usando uma ampla variedade de métodos, tendiam a usar mais métodos com um nível de gravidade mais alto, como corte, auto-tatuagem, raspagem da pele, atropelamento, puxando os cabelos e escolhendo a pele para tirar sangue (LEONG *et al.*, 2014). Também é possível que diferenças nas taxas de prevalência dos comportamentos automutiladores entre meninos e meninas reflitam diferenças de gênero na expressão comportamental do sofrimento emocional. Na angústia, as meninas podem ser mais propensas a transformar sua emoção e frustração negativas interior cortando ou mordendo a si mesmas, ambos os atos podem ser considerados como tipos de comportamento que atuam (YOU *et al.*, 2011b).

A automutilação esteve mais relacionada em todos os reforços quando se mora com outras pessoas que não os pais, e diminui quando há presença de pai e mãe em casa. É possível que esses achados se relacionem aos traumas vivenciados na infância em lares de desarmonia familiar, que impactam a mente humana enquanto ela está no período mais vulnerável e os impactos não podem ser alterados por outros efeitos culturais obtidos em anos sucessivos, se esses impactos têm uma dimensão biológica ou psicológica (ZOROGLU *et al.*, 2003). Em um estudo sobre automutilação com adolescentes noruegueses, fatores sociodemográficos, exceto os adversos padrões familiares em adolescentes noruegueses, não influenciaram o comportamento suicida ou a automutilação. No entanto, problemas emocionais e tentativas de suicídio têm se mostrado mais frequentes em adolescentes de lares desfeitos (KVERNMO & ROSENVINGE, 2009).

A ausência de religião esteve relacionada a comportamentos automutiladores referentes ao reforço automático negativo, automático positivo e social negativo no presente estudo. No período da adolescência, as novas descobertas e vivências se traduzem em dúvidas e questionamento que muitas vezes podem promover sofrimento quando adentram o campo da espiritualidade. Para muitos adolescentes, o comportamento automutilador pode servir como um mecanismo de enfrentamento que regula as emoções. Para alguns, tentar navegar pelas crenças religiosas/espirituais durante o período de transição escolar pode ser estressante e, portanto, aumentar o risco de se envolver em comportamentos de adaptação inadequados, como a automutilação. Isso pode acontecer porque este ato entra em conflito com as crenças. Tem sido evidenciado que a raiva contra Deus é uma resposta comum a eventos negativos da vida (por exemplo, doença, luto, fracasso pessoal, etc.), e essa raiva pode suscitar dúvidas religiosas (GOOD *et al.*, 2017).

No presente estudo, aspectos do comportamento autolesivo na indução de uma sensação de calma e relaxamento podem estabelecer-se como fatores de risco para o comportamento, semelhante aos achados de uma pesquisa semelhante envolvendo jovens e automutilação, na qual 41,8% da amostra estudada relatou essa relação com o gozo (KHARSATI & BHOLA, 2015). O relaxamento físico pode ser induzido pela liberação de endorfinas após a automutilação, e isso pode aumentar as chances de recorrência durante um processo emocional igualmente difícil, os mesmos autores do estudo relataram que estes resultados apoiam a teoria de um mecanismo geral de mudança de atenção subjacente ao efeito calmante da

dor e lesão autoinfligidas em indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe, todavia é necessário mais trabalho sobre os mecanismos biológicos e psicológicos subjacentes da função de regulação de afetos (KHARSATI & BHOLA, 2015).

As razões pelas quais os jovens se envolvem em automutilação são variadas e difíceis de atribuir a qualquer tema. No entanto, as habilidades de enfrentamento dos adolescentes são uma importante área de interesse. A capacidade cognitiva e emocional de lidar com isso não é totalmente desenvolvida em adolescentes. Essas habilidades de enfrentamento subdesenvolvidas e ineficazes podem se manifestar na automutilação dos adolescentes (MCDONALD, 2006). Profissionais da saúde e educadores devem estar cientes dos fatores associados à automutilação em adolescentes e jovens adultos. Os achados deste estudo mostraram uma associação significativa com aspectos sociodemográficos e religiosos. As lesões visíveis causam preocupação para pais e professores, mas a maioria das cicatrizes da automutilação é intencionalmente escondida. Sugere-se que os profissionais de saúde questionem rotineiramente todos os adolescentes que acompanham sobre a existência deste comportamento. Os profissionais que observam cicatrizes de cortes podem, então, abordar outros riscos à saúde e comportamentos escapistas, como fumar, beber e práticas sexuais inseguras com adolescentes e suas famílias (TSAI *et al.*, 2011).

Dentre as limitações apresentadas pelo estudo, pode-se destacar o fato de tratar-se de um estudo transversal que não permite estabelecer inferências causais entres os fatores associados à prevalência de automutilação, assim como os resultados obtidos serem oriundos de questionário autorrelatado pelo participante da pesquisa. Assim, sugere-se que estudos futuros com metodologia longitudinal avaliem a relação associativa de fatores sociodemográficos relacionados a incidência de comportamentos automutiladores em adolescentes com inclusão de outras variáveis mais específicas.

## CONCLUSÃO

O presente estudo estimou a prevalência de comportamentos automutiladores em estudantes do ensino médio de uma escola do município de Sobral. Os resultados demonstram que há uma necessidade de monitoramento desses comportamentos em adolescentes e jovens. Os reforços mais prevalentes nas respostas foram os associados ao comportamento automático, seja ele negativo, quando sintomas depressivos são eleitos como razão, ou positivos, quando a automutilação gera algum tipo de resposta, seja ela sensação de castigo, de prazer ou de sentimento. As idades variaram de 15 a 25 anos, 73,4% possuía religião, com metade sendo católico

O estudo demonstrou que cerca de 13,1% da amostra estudada teve um comportamento automutilador no último ano, com 22,6% ocorrendo alguma vez na vida. A união estável gera um maior predomínio de reforço social positivo, assim como o sexo feminino foi um fator associado a comportamentos automutiladores relacionados a todos os tipos de reforço. A automutilação esteve mais relacionada em todos os reforços quando se mora com outros que não os pais e diminui quando há presença de pai e mãe em casa. A ausência de religião esteve relacionada a comportamentos automutiladores referentes ao reforço automático negativo, automático positivo e social negativo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDOVER, M.S. *et al*. Self-mutilation and coping strategies in a college sample. Suicide Life-Threatening Behavior, v. 37, p. 238, 2007.

BARBOSA, V. *et al*. The practice of self-injury in young people: a pain to analyze. Revista Mineira de Enfermagem, v. 23, e-1240, 2019.

BHOLA, P. *et al*. Predictors of non-suicidal and suicidal self-injurious behaviours, among adolescents and young adults in urban India. Asian Journal of Psychiatry, v. 29, p. 123, 2017.

CEDARO, J.J. & NASCIMENTO, J.P.G. do. Dor e gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. Psicologia USP, v. 24, p. 203, 2013.

GIUSTI, J.S. Automutilação : características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo Tese (Doutorado em Ciências)- Universidade de São Paulo- São Paulo, SP, 2013.

GOOD, M. *et al*. longitudinal investigation of the relation between nonsuicidal self-injury and spirituality/religiosity. Psychiatry Research, v. 250, p. 106, 2017.

GUERREIRO, D.F. & SAMPAIO, D. Deliberate self-harm in adolescents: A literature review with focus on Portuguese language research. Revista Portuguesa de Saude Pública, v. 31, p. 204, 2013.

IZADI-MAZIDI, M. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Factor analysis of functional assessment of self-mutilation among adolescents. Iranian Journal of Psychiatry, v. 14, p. 184, 2019.

KHARSATI, N. & BHOLA, P. Patterns of non-suicidal self-injurious behaviours among college students in India. International Journal of Social Psychiatry, v. 61, p. 39, 2015.

KVERNMO, S. & ROSENVINGE, J.H. Self-mutilation and suicidal behaviour in Sami and Norwegian adolescents: Prevalence and correlates. International Journal of Circumpolar Health, v. 68, p. 235, 2009.

LEONG, C.H. *et al*. Measurement of perceived functions of non-suicidal self-injury for chinese adolescents. Archives of Suicide Research, v. 18, p. 193, 2014.

LLOYD-RICHARDSON, E.E. Self-mutilation in a community sample of adolescents (Dissertation)- Louisiana State University- Louisiana, EUA, 1997.

MADGE, N. *et al*. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the child & adolescent self-harm in Europe (CASE) Study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, v. 49, p. 667, 2008.

MCDONALD, C. Self-mutilation in adolescents. The Journal of School Nursing, v. 22, p. 193, 2006.

MORAN, P. *et al*. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. Lancet, v. 379, p. 236, 2012.

TSAI, M.H. *et al*. Deliberate self-harm by Taiwanese adolescents. Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, v. 100 p. 223, 2011.

VIEIRA, M.G. *et al*. Self-mutilation: pain intensity, triggering and rewarding factors. Revista Dor, v. 17, p. 257, 2016.

YOU, J. *et al*. An item response theory analysis of the impulsive behaviors checklist for adolescents. Assessment, v. 18, p. 464, 2011a.

YOU, J. *et al*. The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. Archives of Suicide Research, v. 15, p. 75, 2011b.

YOUNG, R. *et al*. Why alternative teenagers self-harm: Exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. BMC Psychiatry, v. 14, p. 1, 2014.

ZOROGLU, S.S. *et al*. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. Psychiatry of Clinical Neurosciences, v. 57, p. 119, 2003.

# CAPÍTULO 5

# IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA IDOSOS: ASPECTOS PSICOLÓGICOS

*Palavras-chave: Envelhecimento; Exercício Físico; Aspectos Psicológicos*

VERÔNICA MOREIRA SOUTO FERREIRA[1]
ADRIANO DIEGO OLIVEIRA RIBEIRO[2]
LUCAS GAMA PACHECO[3]
RAYSSA MARISE DA COSTA DOS SANTOS[4]
ALINE DA SILVA OLIVEIRA[4]

1. Graduada em Educação Física (UFPA) e mestranda em Ciências do Movimento Humano (UFPA).
2. Graduado em Educação Física (UFPA), bacharel em Administração (FACI/FGV) e pós-graduando em Treinamento Desportivo, Musculação e Condicionamento Físico e Educação, Cultura e Diversidade (UNIASSELVI).
3. Graduado em Educação Física e graduando em Medicina (UFPA).
4. Discente em Educação Física (UFPA).

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo biológico natural responsável por diversas mudanças fisiológicas no corpo humano. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), é considerado idoso o indivíduo com idade acima de 60 anos. Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2019), a expectativa de vida da população mundial vem crescendo continuamente e a estimativa é de que até 2050 uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos.

No Brasil, segundo dados do Censo Demográfico de 2010, cerca de 13% da população tem 60 anos ou mais e as projeções indicam um contínuo crescimento dessa parcela (IBGE, 2011), seguindo as proporções mundiais. O envelhecimento da população é um fator importante para mudanças no funcionamento da sociedade, tendo vista as necessidades inerentes ao novo cenário. Dentre as diversas transformações na sociedade, a melhora da infraestrutura dos passeios públicos e uma constante manutenção desses espaços é fundamental para uma locomoção segura desses indivíduos (SILVA *et al*., 2015), tendo em vista as alterações morfofuncionais inerentes ao processo de envelhecimento.

Porém, a simples constatação da idade não pode ser considerada como parâmetro único para rotular esses indivíduos, tendo em vista a diversidade observada nesse grupo (OMS, 2015). Diversos fatores podem afetar a capacidade funcional dessas pessoas, como herança genética, influências socioambientais e aspectos comportamentais, promovendo um processo de envelhecimento mais ou menos saudável (GOTTLIE *et al*., 2007).

Além das transformações físicas, as mudanças nos aspectos psicológicos das pessoas idosas precisam ser levadas em consideração. Estudos apontam a presença de psicopatologias relacionadas ao envelhecimento humano, dentre elas quadros de ansiedade, depressão e demência (ARANHA, 2007; RESENDE *et al*., 2011; BIASUS, 2016; GULLICH *et al.*, 2016).

Tanto as alterações corporais quanto as psicológicas afetam diretamente a qualidade de vida dos idosos, estando diretamente relacionados ambos os fatores. Diante disso, a busca por uma maior expectativa de vida está atrelada a um processo de envelhecimento saudável, o qual inclui, dentre outros diversos fatores, a prática de atividades e exercícios físicos para a manutenção de um estilo de vida adequado a população idosa.

O objetivo geral da pesquisa é analisar a influência da prática de exercícios físicos em pessoas idosas com enfoque nos aspectos psicológicos. Os objetivos específicos são: 1) Mapear a produção bibliográfica que relaciona exercício físico, aspectos psicológicos e envelhecimento; 2) Discutir a importância dos exercícios físicos para o processo de envelhecimento; e 3) Observar a relação entre a prática de exercícios físicos e a melhora de aspectos psicológicos das pessoas idosas.

### Principais alterações inerentes ao envelhecimento humano

Dentre todas as mudanças inerentes ao processo de envelhecimento humano, podemos apresentar alguns aspectos fisiológicos que são características marcantes dessa fase da vida. Nesta seção trataremos de alterações nos sistemas respiratório, cardiovascular, musculoesquelético e nervoso, a fim de estruturar um panorama dos

processos biológicos ocorridos na velhice, facilitando o entendimento desses.

**Alterações no Sistema Respiratório**:
O avanço da idade promove importantes mudanças tanto na função quanto na arquitetura pulmonar. Podemos citar as seguintes alterações: enfraquecimento da musculatura respiratória, perda da elasticidade pulmonar, aumento do tecido fibroso, diminuição da superfície de troca gasosa, diminuição da capacidade máxima respiratória, curvaturas acentuadas da coluna vertebral e redução da caixa torácica (PEREIRA, 2013; MAZO *et al.*, 2004; GALLAHUE & OZMUN, 2001). Segundo Pereira (2013, p. 1351), além das modificações fisiológicas naturais, "concorrem para o declínio da capacidade respiratória os maus hábitos de vida, a poluição do local de moradia e trabalho e as doenças concomitantes".

**Alterações no Sistema Cardiovascular**:
O envelhecimento promove um comprometimento severo de algumas estruturas do sistema cardiovascular. As principais alterações nesse sistema são: degeneração das fibras musculares no miocárdio, depósito de gorduras em veias e artérias, aumento da rigidez da parede arterial, aumento da pressão arterial sistólica e da pressão arterial média, aumento do número de fibras colágenas na parede arterial e diminuição da frequência cardíaca máxima durante o exercício (PEREIRA, 2013; MAZO *et al.*, 2004). De acordo com Afiune (2013, p. 558), "com o avanço da idade, o coração e os vasos sanguíneos apresentam alterações morfológicas e teciduais, mesmo na ausência de qualquer doença.

**Alterações no Sistema Musculoesquelético**:
A força muscular máxima é encontrada nos indivíduos com idade entre 25 e 30 anos, a partir disso há um declínio constante de força muscular atrelado a importantes modificações na composição corporal. Destacamos as seguintes alterações no sistema musculoesquelético: perda de força muscular, maior fadiga muscular; diminuição da capacidade de hipertrofia, diminuição no tamanho e número de fibras musculares, diminuição na atividade da ATPase miofibrilar, diminuição dos estoques de adenosina trifosfato (ATP) e de creatina fosfato (CP), diminuição na capacidade de regeneração, diminuição da massa óssea, aumento da porosidade óssea, reabsorção interna dos minerais ósseos, redução da lubrificação em articulações, tendões e ligamentos, desidratação e ressecamento dos discos invertebrados (PEREIRA, 2013; GALLAHUE & OZMUN, 2001; MATSUDO & MATSUDO, 1992).
Segundo Pereira (2013.), as funções musculares estão associadas a diversas funções do corpo, como respiração, digestão, locomoção e postura corporal. Ainda de acordo com o autor, "a atividade física, independentemente da idade, aumenta a força e a velocidade muscular além de prevenir a perda óssea, as quedas e melhorar a função articular"

**Alterações no Sistema Nervoso**: Importantes mudanças no sistema nervoso estão relacionadas ao envelhecimento humano, promovendo o declínio de diversas funções além da perda permanente de neurônios. As seguintes alterações podem ser identificadas: diminuição do cérebro, diminuição do número e tamanho dos neurônios, diminuição da velocidade de condução venosa e do fluxo

sanguíneo cerebral, diminuição e/ou alteração das sinapses nervosas, diminuição das substâncias químicas associadas à atividade neurotransmissora e diminuição dos receptores cutâneos, reduzindo a percepção da temperatura e da sensibilidade tátil (PEREIRA 2013; MAZO *et al.*, 2004).

Além das alterações apresentadas acima, modificações em outros sistemas também estão relacionadas ao processo de envelhecimento. Ademais, Teixeira e Pereira ressaltam que:

> *O organismo humano sofre uma continua redução na capacidade de realizar suas funções, sendo estas perdas naturais e invitáveis. No entanto, condições ambientais como o estilo de vida, parecem estar diretamente ligadas à forma e velocidade que este processo irá acontecer* (TEIXEIRA & PEREIRA, 2008).

Para além das alterações fisiológicas, temos a presença de mudanças psicologias e sociais de muita importância durante o envelhecimento. Na seção a seguir, abordaremos os aspectos psicológicos relacionados a essa fase da vida, a fim de aprofundar a temática central do trabalho.

## Envelhecimento e aspectos psicológicos

Segundo Weinberg e Gould (2001), a prática de exercícios está relacionada a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, melhoria dos sentimentos de autoconfiança, autoestima e prazer, elevação de estados de humor, além de promover uma melhora significativa da qualidade de vida. Ou seja, a realização de práticas físicas promove resultados importantes não só para aspectos físicos, mas também para aspectos psicológicos, tornando-se relevante para diversos objetivos relacionados aos exercícios físicos.

No que diz respeito ao bem-estar, é possível identificar os seguintes componentes: autoaceitação, relações positivas com outras pessoas, autonomia, domínio do ambiente no qual se está inserido, sensação desenvolvimento e autorrealização e propósito de vida. Dessa forma, a melhora do bem-estar é proveniente da interação de mecanismos fisiológicos e psicológicos, tendo como possíveis mecanismos psicológicos associados ao exercício físico o aumento da sensação de controle, o sentimento de competência e de autoeficácia, as interações sociais positivas, a melhoria no autoconceito e na autoestima e as oportunidades para diversão e prazer (WEINBERG & GOULD, 2001).

Em se tratando da qualidade de vida, a OMS define essa expressão como "a percepção individual da própria posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que se vive e em relação às próprias metas, expectativas, padrões e preocupações" (OMS, 1995 apud WEINBERG & GOULD, 2001, p. 387). Nesse sentido, a percepção de qualidade de vida é considerada subjetiva e multifatorial, sendo os exercícios e as atividades físicas também responsáveis por efeitos positivos na qualidade de vida. Ademais, estudos apontam que a atividade física é um dos principais fatores para a aquisição e manutenção de uma boa qualidade de vida (MARCHI NETTO & BANKOFF, 2007; BANKOFF *et al.*, 2006; SALVE & BANKOFF, 2004).

Em relação a ansiedade e depressão, estudos apontam melhoras significativas a partir de práticas físicas, em ambos os distúrbios, em todas as faixas etárias, condições de saúde, raças, situação socioeconômica e sexo. Dentre os diversos benefícios psicológicos associados aos

exercícios físicos temos o aumento do desempenho acadêmico, da positividade, da confiança, da estabilidade emocional, melhora do funcionamento intelectual, da memória, da percepção e imagem corporal, do autocontrole, da satisfação sexual, do bem-estar e da eficiência no trabalho (WEINBERG & GOULD, 2001).

Por fim, não há dúvidas sobre a importância do exercício físico para a melhora de diversos aspectos psicológicos, corroborando com a necessidade de práticas físicas para idosos.

## MÉTODO

Para alcançar os objetivos delineados, foi definido como caminho metodológico uma pesquisa com base no método bibliográfico, que prevê a consulta e análise de dados obtidos a partir de livros, periódicos, artigos de jornais, sites, bem como outros tipos de publicações (PIZZANI *et al.*, 2012). Relacionando fontes diversas, articuladas a partir dos objetivos de pesquisa definidos.

As fontes de dados utilizadas foram compostas primordialmente de artigos científicos disponíveis on-line no portal Periódicos da Capes, aplicando as seguintes palavras-chave: "envelhecimento", "psicologia" e "exercício físico". Foram consideradas para a presente pesquisa as produções consultadas com publicação em língua portuguesa a partir do ano de 2015.

Conforme Minayo e Sanches (1993), "conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular esta articulação" Assim sendo, as informações reunidas a partir da pesquisa serão analisadas e relacionadas tendo como parâmetro aspectos qualitativos, com o intuito de aprofundar a observação do objeto estabelecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 6 artigos originais, todos com temáticas relacionadas aos aspectos psicológicos de idosos mediante prática de exercício físico. Para melhor visualização de objetivos, resultados e identificação de autoria, foi elaborado o quadro a seguir (Quadro 5.1).

Corroborando com as fontes estudadas, os artigos encontrados apontam diversas melhorias em aspectos psicológicos associados a prática de exercício físico. Segundo a pesquisa desenvolvida por Brunoni *et al.* (2015), o treinamento de força foi efetivo para a redução de sintomas depressivos de idosas, além de promover uma importante melhora nos seguintes componentes da qualidade de vida relacionada à saúde: vitalidade, capacidade funcional, estado geral da saúde e saúde mental. Para esses autores, "o efeito antidepressivo do exercício poderia estar associado ao aumento da liberação de neurotrofinas".

A qualidade de vida é um importante indicador da condição atual de saúde nos idosos e mantém estreita relação com as práticas físicas, como apontam os resultados de Camões *et al.* (2016). De acordo com o estudo, o grupo de idosos em contexto comunitário que realizaram prática estruturada de exercício físico obtiveram indicadores superiores de qualidade de vida quando comparado ao grupo de idosos comunitários e institucionalizados que não realizaram atividade física regular. Ainda de acordo com os autores:

> *"Os resultados parecem demonstrar grande consistência entre os domínios*

*representativos de qualidade de vida, acreditamos que estratégias de prevenção e tratamento com base no exercício físico, devem ser privilegiadas em todos os contextos sócio comportamentais, como forma de manter a autonomia e consequentemente a qualidade de vida, entre a população envelhecida"* (CAMÕES *et al*., 2016, p. 103).

**Quadro 5.1.** Principais informações dos estudos selecionados

| Autoria e ano de publicação | Objetivo da pesquisa | Resultados |
|---|---|---|
| BRUNONI *et al*., 2015 | Avaliar os efeitos do treinamento de força, com prescrição baseada na percepção de esforço, nos sintomas depressivos e na qualidade de vida relacionada à saúde de idosas. | O treinamento de força, baseado na percepção de esforço, foi um método efetivo para uma redução nos sintomas de depressivos das participantes bem como para melhora da qualidade de vida relacionada à saúde. |
| CAMÕES *et al*., 2016 | Descrever a percepção da qualidade de vida em indivíduos acima dos 70 anos, tendo em conta a participação em programas de exercício físico em contexto comunitário e idosos institucionalizados. | Programas de intervenção com base na prática de exercício físico, mesmo com pouca frequência e duração, relacionaram-se com melhor qualidade de vida em idosos comunitários. |
| FRANÇA *et al*., 2016 | Verificar a percepção da autoimagem e sua relação com a composição corporal e escala de depressão geriátrica de idosas participantes do Programa Longevidade Saudável. | Apresentaram baixo nível de exercício físico praticado por semana, a insatisfação com a imagem corporal devido ao excesso de peso das idosas e a escala de silhuetas indicou a busca pela magreza. |
| GUIMARÃES *et al.*, 2017 | Avaliar o efeito da prática do Tai Chi Chuan na autoestima e autoimagem de idosos da área urbana. | Significativo aumento dos escores de autoestima e autoimagem do grupo praticante de Tai Chi Chuan. |
| ANDRADE *et al*., 2018 | Avaliar a percepção da qualidade de vida dos idosos praticantes de exercícios físicos em academias ao ar livre em um parque. | A prática de exercício físico, seja em academias ou caminhada, gera manutenção da saúde e qualidade de vida para idosos. |
| HERNANDEZ & VOSER, 2019 | Investigar a relação entre o exercício físico regular e a depressão em indivíduos idosos. | Evidenciou-se uma diferença expressiva entre os participantes que praticam atividade física e aqueles que não praticam atividade física no que tange aos índices de depressão analisados. |

Outro aspecto psicológico relevante diz respeito a imagem corporal, que pode influenciar a saúde, os relacionamentos e a qualidade de vida dos indivíduos. Em se tratando da imagem corporal de mulheres idosas, França *et al*. (2016) aponta consequências como isolamento social, sentimentos de inferioridade, baixa autoestima, ansiedade e depressão, tendo em vista as imposições socioculturais e midiáticas. Segundo o artigo, "embora as idosas não estejam satisfeitas com a sua percepção corpórea, elas não apresentaram riscos para depressão". Esse resultado está relacionado com a rotina fisicamente ativa dos indivíduos pesquisados, uma vez que "a prática de exercício físico influencia positivamente a autoimagem e a satisfação corporal, melhorando o autoconceito da sénior" (FRANÇA *et al*., 2016).

Em consonância com os resultados já apresentados, a eficácia da prática de Tai Chi Chuan na autoestima e autoimagem de pessoas idosas, tendo os seguintes aspectos relevantes associados a essa prática: "não ser competitivo, não necessitar de equipamentos,

ter flexibilidade com relação ao tempo e lugar para ser praticado, torna-o uma prática ideal para idosos, pois pode ser uma intervenção eficaz na prevenção e controle de patologias" (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Está claro que "o exercício físico regular melhora a qualidade e expectativa de vida do idoso, devendo ser estimulada ao longo de sua vida" (ANDRADE *et al.*, 2018, p. 55). Segundo o autor, ao comparar a percepção da qualidade de vida de idosos que praticam exercício físico regular em academias ao ar livre com idosos que fazem caminhada em parques a céu aberto como exercício físico, ambos os grupos apresentaram alta pontuação na percepção de qualidade de vida verificada.

Por fim, a relação entre a prática de exercícios físicos e a redução nos níveis de depressão em idosos foi abordada em pesquisa recente. De acordo com os resultados desse estudo, "a média de indicativos de sintomas cognitivos da depressão no grupo de idosos ativos foi significativamente menor do que no grupo de idosos sedentários" (HERNANDEZ & VOSER, 2019). Em suma, todas as pesquisas encontradas apresentam importantes resultados para a melhora de aspectos psicológicos relacionados a prática de exercícios físicos.

## CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo biológico natural responsável por diversas mudanças fisiológicas no corpo humano. No Brasil cerca de 13% da população tem 60 anos ou mais e as projeções indicam um contínuo crescimento dessa parcela, seguindo as proporções mundiais. Além das transformações físicas, as mudanças nos aspectos psicológicos das pessoas idosas precisam ser levadas em consideração.

Estudos apontam a presença de psicopatologias relacionadas ao envelhecimento humano, dentre elas quadros de ansiedade, depressão e demência. Além da utilização de medicamentos e de acompanhamento psicológico adequado, a prática de exercícios físicos pode contribuir para a melhora dos quadros de distúrbios psíquicos, contribuindo significativamente para a melhora da qualidade de vida dessas pessoas. A prática de exercícios está relacionada a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, melhoria dos sentimentos de autoconfiança, autoestima e prazer, elevação de estados de humor, além de promover uma melhora significativa da qualidade de vida.

Os artigos selecionados para a presente pesquisa apontaram melhoras significativas em diversos aspectos psicológicos em idosos, a partir da prática de exercícios físicos. Dessa forma, são necessários estudos constantes, a fim de delimitar quais programas de treinamento são mais adequadas para essa população.

Vale ressaltar que além da utilização de medicamentos e de acompanhamento psicológico adequado, as pesquisas apontam que a prática de exercícios físicos pode contribuir para a melhora dos quadros de distúrbios psíquicos, contribuindo significativamente para a melhora da qualidade de vida das pessoas idosas. Concluiu-se através da revisão dos estudos que a prática de exercícios físicos promove importantes resultados para a melhora de aspectos psicológicos dessas pessoas.

Por fim, se fazem necessárias novas pesquisas que possam mapear outros estudos que relacionem a prática de exercícios físicos a melhora de aspectos psicológicos em pessoas idosas, principalmente aqueles

produzidos em línguas estrangeiras. Dessa forma, a produção de um compilado de informações permitirá uma organização mais adequada para a prescrição de treinos de acordo com as necessidades de cada grupo, em especial de pessoas idosas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFIUNE, A. Envelhecimento cardiovascular. In: FREITAS, L.; PY, L.; CANÇADO, F.; GORZONI, M.; DOLL, J. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ANDRADE, N. *et al*. Qualidade de vida de idosos praticantes de exercício físico em academias ao ar livre em parque a céu aberto. Colloquium Vitae, v. 10, p. 54, 2018.

ARANHA, V.C. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Papaléo Neto, Matheus. Tratado de Gerontologia, 2.ed., rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

BANKOFF, A.D.P. *et al*. Atividade física e qualidade de vida: Avaliação de um programa oferecido à comunidade da Unicamp. In: VILARTA, R. *et al*. Qualidade de Vida e Fadiga Institucional. Campinas: IPES, 2006.

BIASUS, F. Reflexões sobre o envelhecimento humano: aspectos psicológicos e relacionamento familiar. Perspectiva, v. 40, p. 55, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRUNONI, L. *et al*. Treinamento de força diminui os sintomas depressivos e melhora a qualidade de vida relacionada a saúde em idosas. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, v. 29, 2015.

CAMÕES, M. *et al*. Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. Motricidade, v. 12, p. 96, 2016.

FRANÇA C. *et al*. Exercício físico e envelhecimento: a percepção de idosas quanto à imagem corporal. Journal Health NPEPS, v. 1, p. 94, 2016.

FRANK, M.H. & RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, L. *et al*. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GALLAHUE, D. & OZMUN, J. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Phorte, 2001.

GOTTLIE, M. *et al*. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 10, p. 273, 2007.

GUIMARÃES, J.S. *et al*. Efeito da prática do Tai Chi Chuan na autoestima e autoimagem de idosos. RBPFEX - Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, v. 11, p. 952, 2018.

GULLICH, I. *et al*. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 19, p. 691, 2016.

HERNANDEZ, J. & VOSER, R. Exercício físico regular e depressão em idosos. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 19, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.

MAIA, L.C. *et al*. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 38, p. 650, 2004.

MARCHI NETTO, F.L. & BANKOFF, A.D.P. A promoção da saúde pela via da atividade física e do esporte. Revista Vita et Sanitas, Trindade, v. 1, p. 25, 2007.

MATSUDO, S. & MATSUDO, V. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Brasília, v. 6, p. 19, 1992.

MAZO, G. *et al.* Atividade física e o idoso: concepção gerontológica. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou Complementaridade? Cadernos de Saúde Pública, v. 9, p. 239, 1993.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: https://bityli.com/8tBd0. Acesso em: 04 fev. 2021.

ONU. Organização das Nações Unidas. World Population Prospects 2019: highlights. Nova York: United Nations, 2019. Disponível em: https://bityli.com/LN769. Acesso em: 04 fev. 2021.

PEREIRA, S. R. M. Fisiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, L. *et al*. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PIZZANI, L. *et al*. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. Revista Digital de Biblioteconomia & Ciência da Informação, v. 10, p. 53, 2012.

RESENDE, M.C. *et al*. Saúde mental e envelhecimento. Psico, v. 42, p. 31, 2011.

SALVE, M.G.C. & BANKOFF, A.D.P. Análise da intervenção de um programa de atividade física nos hábitos de lazer. Revista de Saúde Ocupacional, v. 28, p. 73, 2004.

SILVA, N.M. *et al*. Necessidades próprias da (c) idade: espaços acessíveis e funcionais para idosos. Serviço Social em Revista., v. 18, p. 219, 2015.

TEIXEIRA, C.S. & PEREIRA, E.F. Alterações morfofisiológicas associadas ao envelhecimento humano. Lecturas Educación Física y Deportes, v. 13, 2008.

TEIXEIRA, P. Envelhecendo passo a passo. Lusíada do Porto-Portugal. O portal dos Psicólogos, 2006.

WEINBERG R. & GOULD D. Fundamentos da psicologia do Esporte e do Exercício. Porto Alegre: Artmed, 2001.

# CAPÍTULO 6

# PANDEMIA POR COVID-19 E RISCO PARA SUICÍDIO: REFLEXÃO SOBRE OS IMPACTOS E A NECESSIDADE DE REESTRUTURAÇÃO ASSISTENCIAL

*Palavras-chave: Suicídio; COVID-19; Fatores de Risco*

DANIEL DE MACÊDO ROCHA[1]
KRIEGER RHELYNI DE SOUSA OLINDA[2]
ALINE COSTA DE OLIVEIRA[1]
CLAUDIA DANIELLA AVELINO VASCONCELOS[3]
IVANA CAVALCANTE LEMOS DE SOUSA[4]
LÍDYA TOLSTENKO NOGUEIRA[4]

1. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí.
2. Médica Psiquiatra. Mestre em Saúde da Mulher. Universidade Federal do Piauí.
3. Enfermeira. Mestre e Doutora. Professora do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.
4. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí.

## INTRODUÇÃO

O ano de 2020 marca a ascensão de uma pandemia referida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como *Coronavírus Disease* 2019 (COVID-19), que vem desestruturando contextos sociais, econômicos, políticos e de saúde em todo o mundo. Trata-se de uma condição sistêmica predominantemente humana, em que as estratégias para prevenção e controle se tornaram desafio em meio ao processo de globalização e às repercussões psicossociais, que impactam severamente a saúde mental, a qualidade de vida, o funcionamento e a estruturação familiar (WHO, 2020; ASHTON, 2020; WANG *et al.*, 2020).

Nesse contexto, o reconhecimento como emergência de saúde pública, a rápida disseminação e os elevados indicadores epidemiológicos afetam a população em geral, tornando-se preditores para o sofrimento mental, estresse, ansiedade e depressão que favorecem o desenvolvimento e a intensificação de transtornos mentais, bem como a adoção de comportamentos de risco, dentre eles o de suicídio (SHER, 2020a; GUNNELL *et al.*, 2020).

O comportamento suicida constitui fenômeno complexo, universal e multidimensional, que envolve ideação, planejamento, tentativa e suicídio consumado, sendo compreendido como ato deliberado e intencional, iniciado e executado por uma pessoa que tenha clara noção ou forte expectativa de que o desfecho seja fatal (FRANKLIN *et al.*, 2017; BOTEGA, 2015).

Estimativas realizadas pela OMS demonstram a magnitude do problema, ao evidenciar que aproximadamente 800 mil pessoas cometem suicídio por ano. A literatura destaca que os indicadores associados ao comportamento durante e após a pandemia apresentam tendência crescente, sendo agravados pelas limitações assistenciais e subnotificação dessa prática de risco (OMS, 2016; FARIAS, 2020; KHAN *et al.*, 2020; TESARIK, 2020).

Estudos sobre os impactos da pandemia no risco para suicídio são fundamentais e podem evidenciar a necessidade de políticas públicas e linhas integrais de cuidados, assim como indicar a restruturação do atendimento em diferentes contextos e níveis de atenção (YARBOROUGH *et al.*, 2019).

Por considerar que o comportamento suicida constitui um dos eventos secundários mais expressivos à pandemia por COVID-19, que requer para o seu gerenciamento a reorganização assistencial fundamentada em evidências e elementos de qualidade, eficácia e segurança, este estudo apresenta como objetivo refletir sobre o impacto da pandemia por COVID-19 no risco de suicídio e na necessidade da reestruturação assistencial.

## MÉTODO

Estudo teórico-reflexivo, que utilizou como recurso de investigação a busca eletrônica nas bases eletrônicas de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), empregando-se os descritores controlados “COVID-19” e “suicídio”.

A análise foi descritiva e considerou as produções que priorizaram como desfecho primário os efeitos da pandemia nos indicadores de suicídio, assim como seus reflexos na reestruturação assistencial para o

atendimento às pessoas com comportamentos de risco.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Impacto da pandemia no risco de suicídio

A literatura evidencia que a pandemia por COVID-19, assim como as medidas de isolamento e distanciamento social adotadas em diferentes países acarretam efeitos psicossociais, configura-se como condição geradora de morbidade e determinante para comportamentos de risco e de violência autoprovocada (QIU *et al.*, 2020; LAI *et al.*, 2020).

Nesse sentido, os impactos populacionais são expressos, na maioria das vezes, por níveis elevados de ansiedade, estresse e depressão, bem como por sentimento de frustração, solidão e raiva que favorecem o desenvolvimento e a intensificação de transtornos mentais, principal fator de risco para o suicídio, configurando-o como problema de magnitude global em meio aos impactos individuais, coletivos, sociais e epidemiológicos (ORNELL *et al.*, 2020; SHIGEMURA *et al.*, 2020).

Consideradas as maiores causas de sofrimento emocional e diminuição da qualidade de vida, os sintomas de ansiedade representam as alterações mais incidentes na população geral. Esses sintomas constituem resposta adaptativa do organismo em meio a um sinal de perigo ou ameaça, essas reações são caracterizadas por alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas, e caracteriza-se como condição patológica quando o nível de ativação ou duração é desproporcional à situação vivenciada (ROY *et al.*, 2020; LEI *et al.*, 2020).

Nos transtornos depressivos, a redução do estado de humor prevalece, sendo acompanhada pela perda de interesse e prazer, sentimento de culpa, baixa autoestima e as perturbações do sono, constituindo-se como condição de maior risco quando envolve o comportamento suicida, que apesar de apresentar caráter evitável, apresenta elevados indicadores de incidência e de mortalidade (KIM *et al.*, 2018; O'TOOLE *et al.*, 2019).

Outros eventos que aumentaram risco de suicídio envolveram estresse, raiva e comportamentos compulsivos caracterizados por pensamentos, impulsos ou atos mentais recorrentes, reconhecidos por seu curso crônico e incapacitante, assim como pela diminuição da autoestima e do bem-estar subjetivo (XIAO *et al.*, 2020; YUAN *et al.*, 2020; KOOLAEE, 2020).

Dentre os estressores associados ao maior risco para suicídio e sofrimento psíquico, destacam-se a duração prolongada das medidas de isolamento e distanciamento social, assim como a predisposição para o consumo de substâncias psicoativas, o desconhecimento e incertezas que permeiam a doença, a suspensão dos atendimentos em modalidade ambulatorial, a disseminação de *fake news*, as possibilidades de contágio e as instabilidades econômicas (XIAO *et al.*, 2020; ROY *et al.*, 2020; LEI *et al.*, 2020).

O impacto financeiro vivenciado em diferentes países com fechamento dos serviços não essenciais, refletiram diretamente no funcionamento familiar, no atendimento das necessidades básicas e nos níveis de saúde mental levando a interrupção das atividades laborais e a perda financeira sem planejamento prévio (KAWOHL & NORDT, 2020).

Ainda, destaca-se que o histórico de doença psiquiátrica também foi determinante do comportamento suicida, uma vez que a predisposição para instabilidades emocionais pode intensificar situações de crises e determinar estado de maior vulnerabilidade (ORNELL *et al.*, 2020).

Diante disso, considera-se que a pandemia por COVID-19 e as medidas adotadas para prevenção e controle da infecção apresentam reflexos diretos na saúde mental, estando associada à maior predisposição para comportamentos de risco, dentre eles o de suicídio, destaca-se a necessidade da reestruturação dos serviços assistenciais como principal forma para identificação precoce, classificação do risco e estabelecimento de medidas e estratégias de prevenção.

## Reestruturação assistencial como alternativa para gerenciamento de risco

Apesar de acarretar alterações nos padrões de vida da população mundial e dos impactos na dinâmica econômica, social, política, cultural e psicossocial, o controle da pandemia por COVID-19 ainda constitui prioridade para as Redes de Atenção à Saúde, revelando-se em segundo plano os comprometimentos psicológicos seja pela estigmatização da pessoa com transtorno psiquiátrico ou pelas deficiências das políticas púbicas voltadas para preservação do estado mental.

É evidente que durante a pandemia, a prevalência de transtornos mentais e comportamentais cresceu consideravelmente, exigindo a necessidade de reavaliações clínicas constantes para manutenção terapêutica. Entretanto, as dificuldades de atendimento especializado em modalidade ambulatorial foram expressivas e contribuíram para recorrência de situações de crises, instabilidades emocionais, situações de conflitos e de violência (SHER, 2020b).

Diante disso, considera-se que a organização de estratégias psicossociais é fundamental e constitui um desafio para os serviços de saúde em meio a necessidade de articulação entre os diferentes dispositivos que compõe as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), a subnotificação do agravo e a aquisição de recursos tecnológicos para identificação e avaliação de risco (CESCON *et al.*, 2018).

Nesse contexto, a utilização das tecnologias digitais apresenta-se como recursos válidos, sensíveis e precisos para prevenção do suicídio por permitir o rastreio, monitoramento de casos, registro, armazenamento e navegação de dados, especificamente em tempos de distanciamento social. Tratam-se de produtos ou processos que permitem o envolvimento dos profissionais e que resultam na ampliação de competências, atitudes e habilidades para otimizar o processo de trabalho, melhorar a qualidade do serviço e fundamentar o cuidado em estratégias efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências (MIRANDA *et al.*, 2019; MEYER *et al.*, 2017; PESTIAN *et al.*, 2017).

Na enfermagem, as tecnologias em saúde constituem métodos promissores, capazes de nortear práticas assistenciais e educativas, por favorecer acolhimento, planejamento de cuidados, definição de condutas clínicas, monitoramento de condições de risco e avaliação de resultados e de desempenho (OSTROVSKY *et al.*, 2016; SAMPLES *et al.*, 2014).

Desse modo, considera-se que as repercussões da pandemia por COVID-19 podem levar ao sofrimento mental em diferentes contextos, assim como apresentarão elevada prevalência após o controle epidemiológico da infecção, revelando a necessidade da reestruturação do atendimento, a implementação de estratégias de cuidados e o direcionamento de políticas públicas baseadas no acolhimento, na humanização, na notificação do agravo, na avaliação e identificação precoce do risco, na integralidade de cuidado, na manutenção da vida e na preservação das funções psíquicas (KLOMEK, 2020).

## CONCLUSÃO

A pandemia por COVID-19, assim como as medidas adotadas para controle epidemiológico, contribuiu para maior incidência de transtornos mentais e foi determinante para o maior risco de suicídio, refletindo diretamente nos indicadores epidemiológicos globais e na qualidade de vida da população.

Diferentes fatores são capazes contribuir para maior vulnerabilidade, dentre eles destacam-se o desconhecimento e incertezas que permeiam a doença e as medidas para contenção epidemiológica, a perda da produtividade, as possibilidades de contágio, a suspensão dos atendimentos em modalidade ambulatorial e a disseminação de *fake news*, determinando, assim, o grau de sofrimento psíquico.

Revela-se a necessidade de reestruturação assistencial e a organização de linhas integrais de cuidados baseadas em evidências e em elementos de qualidade e de segurança como alternativa válida, segura e eficaz para minimizar a expressão do comportamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASHTON, J. The pandemic of coronavirus: tackling the latest plague. Journal of the Royal Society of Medicine. v. 113, p. 123, 2020.

BOTEGA, N.J. Crise Suicida: Avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CESCON, L.C. *et al*. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. Saúde e Sociedade, v. 27, p. 185, 2018.

FARIAS, H.S. The advancement of Covid-19 and social isolation as a strategy to reduce vulnerability. Espaço e Economia, v. 4, p. 1, 2020.

FRANKLIN, J.C. *et al*. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychological Bulletin, v. 143, p. 187, 2017.

GUNNELL, D. *et al*. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry. v. 7, p. 468, 2020.

KAWOHL, W. & NORDT, C. COVID-19, unemployment, and suicide. Lancet Psychiatry. v. 7, p. 389-390, 2020.

KHAN. S. *et al*. Novel coronavirus, poor quarantine, and the risk of pandemic. Journal of Hospital Infection, v. 104, p. 449, 2020.

KIM, H.C. *et al*. Psychiatric Findings in Suspected and Confirmed Middle East Respiratory Syndrome Patients Quarantined in Hospital: A Retrospective Chart Analysis. Psychiatry Investigation, v. 15, p. 355, 2018.

KLOMEK, A.B. Suicide prevention during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. v. 7, p. 390, 2020.

KOOLAEE. A.K. Living in Home Quarantine: Analyzing Psychological Experiences of College Students during Covid-19 pandemic. Journal of Military Medicine, v. 22, p. 130, 2020.

LAI, J. *et al*. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open, v. 3, 2020.

LEI, L. *et al*. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. Medical Science Monitor, v. 26, e924609, 2020.

MEYER, D. *et al*. Development of a Suicidal Ideation Detection Tool for Primary Healthcare Settings: Using Open Access Online Psychosocial Data. Telemedicine and e-Health, v. 23, p. 273, 2017.

MIRANDA, J.M. *et al*. Development of a computational platform to support the screening, surveillance, prevention and detection of suicidal behaviours. Lecture Notes of the Institute for Computer Sciences, Social-Informatics and Telecommunications Engineering, v. 288, p. 83, 2019.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: a community engagement toolkit. Pilotversion. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/community_engagement_toolkit_pilot/en/. Acesso em: 14 fev. 2021.

ORNELL, F. *et al*. O. Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 42, p. 232, 2020.

OSTROVSKY, Y. *et al*. Technology and dynamic pathways: how to improve nursing care, documentation, and efficiency. Iproceedings, v. 2, p. 1, 2016.

O'TOOLE, M.S. *et al*. Testing an App-Assisted Treatment for Suicide. Prevention in a Randomized Controlled Trial: Effects on Suicide Risk and Depression. Behavior Therapy, v. 50, p. 421, 2019.

PESTIAN, J.P. *et al*. A Machine Learning Approach to Identifying the Thought Markers of Suicidal Subjects: A Prospective Multicenter Trial. Suicide and Life-Threatening Behavior, v. 47, p. 112, 2017.

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. 62, e100213, 2020.

ROY, D. *et al*. Study of knowledge, attitude,anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. Asian Journal of Psychiatry, v. 51, p. 1, 2020.

SAMPLES, C. *et al*. Nursing and mHealth. International Journal of Nursing Science., v. 1, p. 330, 2014.

SHER, L. Psychiatric disorders and suicide in the COVID-19 era. QJM: An International Journal of Medicine, v. 113, p. 527, 2020a.

SHER, L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. QJM: An International Journal of Medicine, v. 113, p. 707, 2020b.

SHIGEMURA, J. *et al*. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. Psychiatry and Clinical Neurosciences, v. 74, p. 281, 2020.

TESARIK, J. After corona: there is life after the pandemic. Reproductive BioMedicine Online, v. 1472, p. 30181, 2020.

WANG, Y. *et al*. Study on the public psychological states nd its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. Psychology, Health & Medicine, v. 30, p. 1, 2020.

WHO. World Health Organization. Getting workplace for covid19. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/getting-workplace-ready-for-covid-19.pdf. Acesso em: 14 fev. 2021.

XIAO, H. *et al*. Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who SelfIsolated for 14 Days Duringthe Coronavirus Disease 2019 (COVID19) Outbreak in January 2020 in China. Medical Science Monitor, v. 26, e923921, 2020.

YARBOROUGH, B.J.H. *et al*. Challenges of Population-based Measurement of Suicide Prevention Activities Across Multiple Health Systems. (Generating Evidence & Methods to improve patient outcomes, v. 7, p. 1, 2019.

YUAN, S. *et al*. Comparison of the Indicators of Psychological Stress in the Population of Hubei Province and Non-Endemic Provinces in China During Two Weeks During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in February 2020. Medical Science Monitor, v. 26, e923767, 2020

# CAPÍTULO 7

## PRÁTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA E O TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Atividade Física; Saúde Mental*

GLEISSON FERREIRA LIMA[1]
FRANCISCO ROSEMIRO GUIMARÃES XIMENES NETO[2]
SILVINHA DE SOUSA COSTA[3]
ANTÔNIA MÁRCIA MACÊDO DE SOUSA[3]
ELIANY NAZARÉ OLIVEIRA[4]
IVAN GABRIEL SOUSA FEIJÓ[5]
LORENNA SARAIVA VIANA[6]
HELIANDA LINHARES ARAGÃO[6]
EMÍLIA DO NASCIMENTO SILVA[7]
LÍDIA CRISTINA MONTEIRO DA SILVA[7]
CARLA SUYANE GOMES DE ANDRADE[7]
RAVENA SILVA DO NASCIMENTO[7]
LETÍCIA MARA CAVALCANTE LIMA[7]
CAIO SAN RODRIGUES[7]

1. Discente da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESPVS).
2. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.
3. Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESPVS).
4. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
5. Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC).
6. Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (UFC).
7. Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral-CE.

## INTRODUÇÃO

O consumo de drogas e seu abuso é um grande desafio para a saúde pública mundial. Estima-se que um bilhão de pessoas no mundo, com idade entre 15 e 64 anos, já utilizaram pelo menos uma vez algum tipo de droga. Dessas, 29,5 milhões desenvolveram transtornos mentais que resultaram na perda de 28 milhões de anos de vida saudáveis, devido às incapacidades e mortes prematuras (UNODC, 2017).

No Brasil, de acordo com dados do III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas. Esse percentual é muito maior entre os homens, 5%, do que entre as mulheres, que fica em 1,5%. No caso dos jovens, 7,4% das pessoas entre 18 e 24 anos haviam consumido drogas ilegais no ano anterior à entrevista (BASTOS *et al*., 2017).

Neste contexto, a inclusão das práticas de atividades físicas no cotidiano de pessoas com algum transtorno mental é algo benéfico. Isto se deve aos comprovados efeitos benéficos que a atividade física exerce para a prevenção de diversas doenças e manutenção da saúde, incluindo a mental.

Para Adamoli e Azevedo (2009), esta prática realizada no atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, orientada por um profissional de Educação Física, demostra ser uma iniciativa viável e, desde que exista uma regularidade, poderá significar um ganho importantíssimo à qualidade de vida desses sujeitos.

Pesquisa de Lourenço *et al*. (2017) concluiu que existe uma eficácia terapêutica significativa na inclusão de atividade física no processo de tratamento de pessoas com transtorno mental, evidenciando alguns benefícios individuais e coletivos que proporcionam a socialização e a promoção de bem-estar.

Oliveira *et al*. (2011), em estudo de revisão, afirmam que o desenvolvimento de algum tipo de atividade física tem possibilidades reais de otimizar o bem-estar, favorecendo uma aproximação com a saúde mental. Os benefícios estão relacionados, sobretudo, com o bem-estar físico, emocional e psíquico em todas as idades e em ambos os sexos; e com a redução das respostas emocionais frente ao estresse e estado de ansiedade.

No contexto de tratamento e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais, a inclusão de atividades físicas no plano terapêutico deve ser valorizada, já que são conhecidas as relevâncias deste componente no tratamento e recuperação de pessoas portadoras de transtorno mental.

Ao adentrar o campo da atenção psicossocial, ressalta-se a importância da reforma psiquiátrica e os avanços a partir da década de 1980. Deve-se, também, fazer referência à Lei Nº 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). O artigo "A reforma psiquiátrica no Sistema Único de Saúde - SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios" de Amarante e Nunes (2018) resgata, de forma cuidadosa, a trajetória e os desafios da atenção psicossocial no Brasil. A partir da leitura, compreendem-se os avanços e os riscos que estamos correndo com a aprovação de novas medidas.

Desse modo, apresenta-se, como objeto de estudo, as práticas das atividades físicas no tratamento de usuários de substâncias psicoativas e dependentes químicos, a fim de evidenciar o papel do profissional de Educação Física na Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS), enfatizando e valorizando todos os avanços das Políticas de Assistência Psicossocial, e reconhecer que a inserção do Profissional de Educação Física nas RAPS foi uma conquista do Movimento Brasileiro da Reforma Psiquiatra, consolidado com a recente Política de Saúde Mental.

Ao escolher este objeto de estudo, intenta-se contribuir, de forma importante, com a demonstração da produção de conhecimento nesta área, desenvolvida por autores brasileiros, envolvendo as práticas de atividade física no tratamento de dependentes químicos. Com isso, este estudo se constitui de uma revisão integrativa da literatura.

Com base no contexto apresentado, este estudo apresenta a seguinte questão norteadora: O que tem sido produzido cientificamente no Brasil sobre as práticas de atividade física e no processo de reabilitação de usuários de substâncias psicoativas? Para tal tivemos como objetivo analisar as evidências científicas sobre das práticas de atividade física e o tratamento de usuários de substâncias psicoativas publicadas no Brasil.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, definido como uma das mais amplas abordagens metodológicas referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Uma revisão integrativa da literatura possui cinco fases, a saber: identificação da temática e a elaboração da questão norteadora; a busca na literatura; avaliação dos dados presentes nos estudos; análise dos dados e síntese desses; e por fim, apresentação da revisão (SOUZA *et al.*, 2010).

Efetuou-se a busca dos estudos entre os meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021. A bases de dados escolhida foi a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A BVS foi estabelecida em 1998 como modelo, estratégia e plataforma operacional de cooperação técnica da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) para gestão da informação e conhecimento em saúde na Região.

Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) indexados na plataforma homônima, pois a busca tinha como foco as publicações em português e produzidas no Brasil, a saber: “transtornos relacionados ao uso de substâncias”; “serviços de saúde mental”; “dependência química”; “exercício físico”; “educação física e treinamento”; “tratamento”; “reabilitação”; “saúde mental”; “assistência ao paciente”. Tais descritores foram utilizados na busca com auxílio dos operadores *booleanos* “*AND*” e “*OR*”.

O fluxo para a seleção dos artigos se deu da seguinte forma: busca a partir dos descritores na BVS foram identificados 43 artigos; após a leitura dos resumos destes, foram excluídos 20 artigos por não contemplarem a essência no objeto de estudo; no passo seguinte, foi efetuada a leitura na íntegra dos 23 artigos, e, a partir disso, sete foram excluídos por não possuir relação direta com o objeto de estudo. Assim, a amostra final foi composta por 16 artigos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final da análise dos dados encontrados, foram selecionados 16 artigos para comporem a amostra final, por compreenderem a temática abordada pelo referido estudo, listados no Quadro 7.1.

**Quadro 7.1.** Descrição dos artigos conforme título, revista, ano e objetivo

| | TÍTULO | REVISTA E ANO | OBJETIVO |
|---|---|---|---|
| **1** | Atividade física como estratégia no processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos | Conexões: Educação. Física, Esporte e Saúde, 2019 | Identificar quais benefícios que a atividade física pode oferecer como estratégia no processo de reabilitação psicossocial de um dependente químico e os efeitos produzidos por ela sobre o indivíduo. |
| **2** | A importância do exercício físico no tratamento da dependência química | Educação Física em Revista, 2012 | Salientar a importância do exercício físico para os dependentes químicos em recuperação. |
| **3** | A relevância das práticas corporais de aventura como mecanismo facilitador no tratamento da dependência química | Revista Brasileira Ciência e Movimento, 2015 | Discutir a importância da inserção de práticas corporais de aventura como mecanismo facilitador no tratamento da dependência química, como meio de buscar novas sensações e emoções. |
| **4** | Efeitos agudos do exercício físico no tratamento da dependência química | Revista Brasileira de Ciências do Esporte, 2017 | Avaliar os efeitos do exercício físico na capacidade de atenção, na memória, no desejo de usar drogas, na percepção de esforço e prazer e no estado de humor de indivíduos em tratamento. |
| **5** | Práticas corporais e uso de álcool e drogas: vivenciando emoções | Revista Brasileira Ciência e Movimento, 2014 | Discutir a prática corporal e emoção a partir da perspectiva de reabilitação da pessoa envolvida com o álcool e drogas. |
| **6** | Práticas corporais na reabilitação de usuários de álcool e drogas: uma configuração no estilo de vida | Motricidade, 2017 | Identificar e analisar as práticas corporais realizadas pelos usuários de álcool e drogas que estão em processo de reabilitação social nos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas. |
| **7** | Práticas corporais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas: a percepção dos usuários | Revista Brasileira de Ciências do Esporte, 2019 | Analisar a percepção dos usuários do CAPS-AD sobre o uso de estratégias corporais no processo de reabilitação. |
| **8** | Significados das práticas corporais no tratamento da dependência química | Interface Comunicação, saúde e educação, 2008 | Analisar as representações sociais de mulheres dependentes químicas sobre a contribuição das práticas corporais em seu processo de recuperação e inserção na sociedade. |
| **9** | Efeitos da atividade física no tratamento de dependentes químicos: uma revisão de literatura | Revista Digital, 2012 | Enfatizar através da revisão de literatura os efeitos, tanto psicológicos como fisiológicos, que a atividade física tem no processo de recuperação do dependente químico. |
| **10** | O exercício físico no auxílio do tratamento e reabilitação de usuários de drogas ilícitas | Revista Saúde Física & Mental, 2018 | Identificar vantagens da prática do exercício físico no tratamento e reabilitação de usuários de drogas ilícitas. |
| **11** | Atividade física como principal aliada no tratamento de dependentes químicos em recuperação | Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física, 2020 | Analisar os efeitos da prática da atividade física em pessoas em tratamento contra a dependência química atrelada a tratamento psicológico. |
| **12** | A percepção dos dependentes químicos do CAPS de Santo Antônio da Patrulha/RS sobre a prática de atividade física orientada durante seus tratamentos | Revista e – Lato Sensu – FACOS/CNEC, 2013 | Conhecer a percepção dos dependentes químicos que frequentam o CAPS de Santo Antônio da Patrulha/RS sobre as atividades caracterizaram-se basicamente por atividades aeróbicas combinadas com caminhadas, jogos, dinâmicas de grupo, relaxamento e alongamento. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **13** | A atuação do professor de educação física nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas da grande Vitória – ES | Movimento, 2016 | Conhecer e analisar a atuação do professor de Educação Física no tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, especificamente em dois Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) da região da Grande Vitória/ES. |
| **14** | Programa de atividade física melhora aspectos da depressão e aptidão física de dependentes químicos | Motricidade, 2018 | Verificar os efeitos da atividade física em caráter de lazer sobre os sintomas de ansiedade e da aptidão física de dependentes químicos e, analisou também algumas valências físicas como promoção de saúde. |
| **15** | Avaliação da qualidade de vida de um grupo de tabagistas no processo de cessação do tabaco: a questão da atividade física | SALUSVITA, 2015 | Avaliar a qualidade de vida de um grupo de tabagistas inseridos no Programa de Controle do Tabagismo pré e pós a intervenção de um programa de atividade física |
| **16** | A influência do exercício físico no humor em dependentes químicos em tratamento | Revista Digital, 2011 | Verificar as percepções e sensações relacionadas ao exercício físico, no humor do dependente químico em tratamento. |

A partir dos artigos selecionados, foram construídas três categorias de análise, a saber: Efeitos e benefícios da atividade física no tratamento de dependentes químicos (artigos: 1, 2,–4, 9, 11, 13 e 16). Atividade física e sua importância na reabilitação de dependentes químicos (artigos: 3, 6, 10, 14 e 15) e percepções de dependentes químicos sobre práticas de atividade física no tratamento (artigos: 7, 8 e 12).

## Atividade física e sua importância na reabilitação de dependentes químicos

Por conta da degradação causada pelas substâncias psicoativas no organismo de usuários, recomenda-se que, para a reabilitação de dependência química dos sujeitos, o estabelecimento de um processo de recuperação lenta utilizando diversas práticas, como, por exemplo, a atividade física (SILVA *et al*., 2018).

Atualmente, existem diversos estudos que relacionam a prática de atividade física com uma saúde mental positiva e sua importância na reabilitação de várias doenças (BARBANTI, 2006), como a dependência química, sobretudo, porque a promoção da atividade física é uma estratégia que auxilia na melhora de hábitos pessoais, promove a integração social e desencoraja o consumo de álcool e outras drogas.

De acordo com Silva *et al*. (2014, p. 142), o consumo de substâncias psicoativas pode ser associado a um esforço por parte dos usuários para evitarem emoções negativas, além de uma busca por sensações prazerosas para fugirem do mal-estar de suas vidas. Pois, a "busca em usar álcool e drogas é muitas vezes vista como uma tentativa de regulação dos estados emocionais que provocam efeito momentâneo agradável".

Neste sentido, a prática de atividades físicas pode ser utilizada na tentativa de substituir e diminuir o consumo de substâncias por parte dos usuários, tendo em vista que as práticas corporais também geram sensações prazerosas, mas que podem prevenir condutas inadequadas e promoverem saúde e bem-estar, além de serem utilizadas como um fator de prevenção e proteção ao consumo de substâncias psicoativas (SILVA *et al*., 2014).

Silva *et al*. (2017, p. 175) apontam que é importante a compreensão de que as atividades físicas são mecanismos que possibilitam um avanço na reabilitação de

usuários de substâncias psicoativas, pois estas práticas "podem proporcionar sensação prazerosa, além de outros benefícios psíquicos e físicos para o cuidado geral com o corpo".

Este fator se dá, pois, ao desencadear diversos processos no corpo humano, como a liberação do hormônio endorfina, responsável pelo prazer, felicidade e satisfação, a prática de atividade física pode ser benéfica ao tratamento de doenças como depressão e ansiedade, sendo uma alternativa frente ao consumo de substâncias psicoativas (SILVA *et al*., 2018).

Em estudo realizado com usuários do CAPS-AD da cidade de Recife - PE verificou-se que, de acordo com os próprios pacientes, as práticas de atividade física aparecem como parte integrante do processo de reabilitação, auxiliando, sobretudo, na mudança dos modos de vida desses sujeitos. De acordo com autores, pacientes do serviço relataram que, com o início das atividades físicas, diminuíram o consumo de substâncias psicoativas, e que, a partir dessas afirmativas, observa-se que as mudanças nos hábitos provocadas pelas práticas corporais e também pelo estímulo a partir do Profissional de Educação Física possibilitam mudanças de atitudes e hábitos advindos das novas formas de viver (SILVA *et al.*, 2017).

Estas afirmações vão ao encontro do que é apresentado por Oliveira *et al*. (2015), em estudo realizado com um grupo de tabagistas, no qual verificou-se que a prática de atividades físicas auxilia na mudança de hábitos e comportamentos dos usuários, fato que contribui para a redução de diversos agravos à saúde. Além disso, segundo esses autores, verificou-se que, com as práticas corporais, os sujeitos apresentavam uma maior resistência física, sobretudo no que diz respeito ao sistema cardiorrespiratório, como, também, uma melhora nos seus processos emocionais.

Outros resultados identificaram uma melhora em alguns setores da vida desses usuários, como aumento do grau de satisfação da qualidade de vida; aumento da satisfação com relação à saúde; aumento da aceitação da aparência física e satisfação pessoal; melhora significante do grau de satisfação em suas relações sociais; e melhora do grau de satisfação referente ao acesso às informações e lazer; destacando, novamente, a importância das práticas corporais para a reabilitação de dependentes químicos. Com isso, percebeu-se que a prática de atividades físicas pode atuar como um instrumento favorável à adesão e continuidade do usuário de substâncias psicoativas à reabilitação, como, também, pode favorecer sua qualidade de vida (OLIVEIRA *et al*., 2015).

Também foram encontradas melhoras físicas e emocionais em dependentes químicos em um Centro de Reabilitação em Anápolis - GO, como apresentado em estudo realizado por Silva *et al*. (2018). Aqui, observou-se significativa melhora tanto em aspectos físicos, nos quais os usuários se mostraram com maior capacidade de flexão de braço e no teste de aptidão cardiorrespiratória, como no estado de humor após as atividades, sobretudo, após as partidas de futebol, em que verificou-se melhora nos escores de depressão, na convivência e socialização do grupo, e "estima-se que tenha elevado também a autoestima, melhorado a coordenação motora, além de ajudar nos distúrbios de sono" (SILVA *et al*. 2018).

Em relação aos tipos de exercício utilizados para as atividades físicas, Silva *et al*. (2018) indicam que devem ser utilizados tanto exercícios anaeróbicos quanto aeróbicos de forma gradual, pois estas atividades, ao serem adaptadas de forma individual para

cada usuário, mostram resultados positivos para a saúde em geral, como segue:

> Inicialmente as atividades devem obedecer a uma progressão pedagógica para que se tornem prazerosas; após isso, toda a adequação de volume e intensidade deve ser melhorada conforme o tratamento de reabilitação vá avançando. Assim, os exercícios se tornarão não só um meio de aquisição de saúde, mas também de boa forma e condicionamento físico (SILVA *et al.*, p. 14, 2018).

Neste sentido, Silva *et al.* (2018) apontam terem observado que, com o uso de atividades físicas do tipo aeróbias ou resistivas, houve uma melhora em relação aos estímulos físicos, sociais e corporais dos usuários, sendo, estas atividades, auxiliadoras da recuperação e favorecedoras na reabilitação dos dependentes.

A partir do exposto, percebe-se a importância da atividade física na reabilitação de dependentes químicos. Os resultados encontrados nestes artigos demonstram como as práticas corporais podem ser consideradas ferramenta importante no tratamento da dependência química, ao "proporcionar ao indivíduo bem-estar, qualidade de vida e reinserção à sociedade, e, quem sabe, preservando-o longe do mundo das drogas" (SILVA *et al.*, 2018)

Reconhece-se que, como um fator de importância na reabilitação de dependentes químicos, a atividade física possui diversos efeitos e benefícios para o tratamento de dependentes químicos (SILVA *et al.*, 2018), como será discutido na categoria a seguir.

## Efeitos e benefícios da atividade física no tratamento de dependentes químicos

A dependência química compromete a vida dos sujeitos em diversos fatores, como aspectos biológicos, sociais, psicológicos e/ou emocionais, dentre outros. Destaca-se a atividade física como um fator positivo para a reabilitação e tratamento de usuários, que "pode atuar como um elo terapêutico importante por intervir no corpo do indivíduo durante o processo de recuperação da dependência química" (HONORATO *et al.*, 2019).

O uso de substâncias psicoativas pode provocar inúmeras alterações psicológicas – como depressão, ansiedade, insegurança, e físicas tais como a rinite, sinusite, asma, transtornos de movimentos, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, aguda ou crônica, em diversos graus de intensidade (FERREIRA *et al.*, 2012).

A prática de exercícios físicos se apresenta como uma intervenção terapêutica de grande potência no processo de recuperação emocional, cognitiva, fisiológica e social dos usuários de substâncias psicoativas, sendo capaz de promover alterações qualitativas e significativas, tanto em aspectos físicos como psicológicos (FERREIRA *et al.*, 2017).

Segundo Ferreira *et al.* (2012), a atividade física proporciona diversos efeitos e benefícios aos dependentes químicos, como diminuição da frequência cardíaca, manutenção da pressão arterial, diminuição da fadiga central, melhoria na vascularização e na capacidade funcional respiratória, controle da depressão, ansiedade, e diminuição do desejo de consumir a substância.

Em relação ao último efeito citado, a diminuição do desejo de consumir substâncias psicoativas, dados apresentados por Ferreira *et al.* (2017) após estudo realizado com pacientes de uma comunidade terapêutica vão ao encontro desta afirmação. Pois, observou-se que houve, de fato, uma redução no desejo após a prática de exercício físico. Vale

destacar que, os autores não acharam essa redução significativa em relação à avaliação controle, sobretudo devido às características do tratamento oferecido nas comunidades terapêuticas, baseado na fé e na abstinência total. Porém, ainda assim, reconhece-se que a prática de exercícios tem a capacidade de reduzir o desejo de consumir substâncias psicoativas, devido a uma modulação neurofuncional responsável pela redução no prejuízo funcional do córtex pré-frontal, observado durante o período agudo de abstinência.

Outro benefício da prática de atividades físicas para dependentes químicos é a alteração e melhora de humor. Barbanti (2012, p. 4) indica que os sujeitos que praticam exercícios regularmente se sentem mais autoconfiantes, otimistas, e menos ansiosos. Isto tem relação não apenas "com o efeito da resposta do organismo durante o exercício, mas também com sentimentos de realização, orgulho e autoestima ao ver o corpo se transformar".

Em estudo realizado por Pereira e Gorski (2011) com dependentes químicos em internação hospitalar, observou-se que, com apenas uma única sessão de exercícios físicos, todos os sujeitos apresentam-se menos confusos, raivosos, fadigados, tensos, apavorados, esgotados, deprimidos, irritados, exaustos, inseguros; e mais animados, alertas, dispostos e com energia.

A partir disso, de acordo com estes autores:

> A prática de exercícios físicos foi percebida como influenciador positivo na melhora do humor, especialmente nas dimensões Raiva, Depressão, Confusão, Fadiga, Tensão e Vigor. Esta tendência a incremento no humor positivo encontrada neste estudo pode ser considerada como auxiliar na manutenção da abstinência, sendo que, estados de humor negativos são associados à recaídas (PEREIRA & GORSKI, p. 12, 2011).

Assim, com a melhora de humor, outro benefício das atividades físicas aparece a diminuição do estresse e da tensão. De acordo com Ferreira *et al*. (2017, p. 129), a partir da melhora do estado de humor dos sujeitos de sua pesquisa, após a prática de exercício físico, observou-se uma redução significativa nos níveis de tensão, o que significa "um resultado positivo e possivelmente colabora na redução no desejo de usar drogas".

Segundo Barbanti (2012), por estar em estado de estresse, o sujeito tende a ficar tensionado, e, com a tensão, os músculos e as articulações doem, e há o aumento da letargia, o que pode resultar na drenagem de recursos físicos e mentais do usuário. Quando isso acontece, é de interesse poder livrar-se da tensão e do estresse. Aqui, entra o exercício físico, pois, ao procurar as substâncias psicoativas a fim de fugir da sensação de tensão e desconforto pelo estresse, o sujeito entra na prática corporal uma forma de liberar o corpo e a mente da tensão. As "atividades como correr, levantar pesos ou mesmo caminhar podem eliminar o estresse no corpo. Ao combinar estes exercícios com técnicas de alongamento e respiração adequadas, o corpo pode aliviar-se do estresse".

Percebe-se, também, que o uso de substâncias psicoativas pode estar relacionado a algum sentimento de desconforto ou dor física, o que resulta no uso de droga a fim de obter um alívio. Assim, espera-se que, a partir da atividade física, o corpo libere endorfina e diminua dores, desconfortos ou sensações ruins (SANTOS *et al.*, 2020).

A liberação da substância intitulada endorfina também aparece como um efeito da prática de exercícios em dependentes químicos. Conhecida como analgésico natural que é liberado após a atividade física, causando uma sensação agradável de bem-estar (SILVA *et al.*, 2015). Ao ser liberada,

essa substância, além de reduzir o incômodo causado pelo não-uso da droga, também tem a capacidade de aumentar o humor no funcionamento do cérebro (BARBANTI, 2012).

O consumo excessivo de drogas interfere na produção de substâncias químicas, pelo organismo, responsáveis pelas sensações de prazer, satisfação e felicidade. Assim, durante a prática de exercícios, com a liberação de endorfinas naturais, o organismo consegue atingir sua capacidade de regulação química do cérebro e do humor de forma saudável (BARBANTI, 2012). Ademais, o corpo libera, por meio da prática de atividade física, outro hormônio, chamado serotonina, que atua como neurotransmissor no Sistema Nervoso Central, e que tem o acréscimo de sua concentração relacionado à felicidade, bom humor e bem-estar (SILVA *et al*., 2018).

Pesquisas de Barbanti (2012) e de Honorato *et al*. (2019) apresentam que a melhoria na qualidade do sono aparece como mais um efeito da prática de atividade física para dependentes químicos. Estudos de actimetria, desenvolvidos por Ferreira *et al*. (2017), identificaram que uma prática regular de exercícios físicos tem a capacidade de aumentar a eficiência do sono nesses indivíduos.

Além disso, praticar exercícios físicos tem, também, benefícios no campo social. Segundo Barbanti (2012), grande parte das experiências vividas por dependentes químicos em recuperação é marcada pela dificuldade em ser sociável, sobretudo, devido a esses sujeitos terem a sua socialização praticamente apenas com as substâncias, quase sempre sozinhos.

A prática de atividades físicas aparece, assim, como um importante instrumento de inclusão social, capaz de estimular a cidadania e favorecer a autoestima (SANTOS *et al.*, 2020), como, por exemplo, a atividade de caminhada que pode servir como um momento em que usuários conseguem interagir com pessoas para além do seu convívio regular.

Machado *et al.* (2016) apontam a caminhada como uma prática corporal importante para a atenção terapêutica dos usuários. De acordo com esses autores, por meio dessa atividade, os usuários conseguem, além de interagir entre si, transitar por certos locais do bairro, como alguns parques, praias, pontos turísticos e shopping. Para os autores:

> A Educação Física neste ponto contribui ainda para o acesso a outros espaços pois, diferentemente de outras atividades, estas são realizadas em ambientes diversificados. Experiências como a caminhada ainda possibilitam minimizar o estigma de doente e drogado que o usuário carrega sobre si e o qual a sociedade lhe impõe, e ainda permitem que diversifiquem o repertório das práticas de lazer (MACHADO *et al.*, p. 492, 2016).

Destaca-se que um importante efeito da prática de atividades físicas por parte de dependentes diz respeito a experimentar emoções e sentimentos que não somente por meio do consumo de substâncias. Silva *et al*. (2015) apontam que, na sociedade contemporânea, em que os sujeitos passam por constantes e frequentes mudanças, as sensações prazerosas podem ser alcançadas por meio da prática de esportes, como, também, do consumo de drogas. Assim, alguns usuários buscam o consumo de drogas como um modo de prazer e de lazer, e uma alternativa viável a isto seria a prática de atividades físicas de aventura, como escalada ou paraquedismo, que também têm a capacidade de proporcionar sensação de prazer nos sujeitos.

Além disso, cabe pontuar que o consumo de substâncias psicoativas pode desencadear no usuário condutas desviantes,

que resultem em aspectos peculiares e antissociais, enquanto as práticas de atividade física apresentam valores motivacionais, os quais possibilitam que os indivíduos busquem novos modos de vida, e auxiliam os sujeitos a regularem e gerenciarem suas emoções (SILVA *et al*., 2015). Isto corrobora com estudo de Ferreira *et al*. (2017), em que, a partir da prática de exercícios físicos, houve uma interferência positiva no estado emocional de dependentes químicos.

Barbanti (2012) apresenta outros efeitos da prática de exercícios físicos para dependentes químicos, como o aumento da flexibilidade, do tônus muscular e da agilidade; normalização dos níveis de memória, controle maior e atenção; melhoria da resistência, força e velocidade corporais. Pontua-se, também, a reabilitação de patologias físicas; "limpeza" e desintoxicação do organismo; regulação de peso e na alimentação; melhoria nas habilidades psicológicas, como a autonomia, a autoestima, autocontrole, autoconfiança, independência; e melhorias na saúde em geral (HONORATO *et al*., 2019).

## Percepções de dependentes químicos sobre práticas de atividade física no tratamento

Historicamente, por conta do predomínio de práticas manicomiais na sociedade, usuários de substâncias psicoativas são tratados a partir da visão puramente psiquiátrica e centrada na figura do médico, sendo excluído aspectos sociais, psicológicos, e, também, a própria subjetividade desses sujeitos (SILVA *et al.*, 2019).

Porém, a partir dos movimentos de reforma sanitária, que possibilitaram novas ações e inserções de profissionais diversos no campo da saúde mental, essas práticas de cuidado passaram por reformulação e passaram a focar nos sujeitos usuários. Como um exemplo, têm-se as práticas da educação física, que apresenta, como atividade mais indicada "aquela que agradar ao indivíduo e que o estimular emocionalmente, independente de qual seja, respeitando assim, a individualidade de cada pessoa" (HONORATO *et al.*, 2019, p. 16).

Desse modo, observa-se a importância de, para além de apresentar a importância, efeitos e benefícios da prática de exercícios físicos para a saúde e vida em geral de dependentes químicos, discorrer, também, acerca de seus sentidos e percepções em relação as práticas corporais.

Estudo realizado por Silva *et al.* (2019) indicou que usuários de CAPS-AD que participam de atividades corporais relatam, de modo geral, gostarem das práticas realizadas, além de sugerirem outras atividades e esportes. De acordo com esta pesquisa, 96,5% dos usuários afirmaram que as práticas físicas podem auxiliar no tratamento da dependência química. Outros benefícios foram apontados pelos usuários, surgidos a partir da prática de atividades físicas, como sentir-se melhor, menos distração, desintoxicação, bem-estar, além de uma ajuda para se afastarem das drogas.

Também se percebe que o lazer, é uma possibilidade de ajudar no processo geral de recuperação, e o controle de condições subjetivas e particulares, como diminuição do estresse, da ansiedade, aumento da sociabilidade e da qualidade de sono aparecem como sentidos produzidos em usuários a partir da atividade corporal (PIMENTEL *et al.*, 2008).

As práticas de atividade física são percebidas de formas diferentes pelos diversos usuários, podendo, inclusive, gerar sensação de desconforto, como dores e

cansaços, oriundos, sobretudo do não costume desses sujeitos com as práticas. Porém, em sua grande maioria, dependentes químicos relatam perceberem uma melhora fisiológica, como melhora nos aspectos gerais da saúde (MOREIRA *et al.*, 2013).

Segundo Moreira *et al.* (2013), observa-se que os entrevistados, de forma geral, percebem benefícios a partir do início das práticas de atividade física, como, por exemplo, esquecem dos problemas, sentimento de bem-estar, e diminuição no desejo de usar drogas – tendo destaque um dos entrevistados, que relatou estar conseguindo se manter em estado de abstinência por conta da prática regular de atividades físicas.

Nessa direção, alguns usuários relataram que as práticas corporais ajudam a esquecer o desejo de consumir drogas; frisam a importância do preenchimento do seu tempo com atividades físicas, a fim de se distanciarem do uso de substâncias; indicam que as práticas corporais auxiliam no trabalho do corpo, da mente e da alma; além de reconhecerem que essas atividades ajudam a tirar a fissura e a preencher o tempo vazio e ocioso (SILVA *et al.*, 2019).

Observa-se, com o exposto, que as práticas de educação física, em sua maioria, são bem aceitas pelos dependentes químicos, que se mostram, geralmente, interessados em realizar as atividades e percebem os diversos benefícios e efeitos advindos da prática corporal em suas vidas.

## CONCLUSÃO

O estudo aponta evidências da associação das práticas de atividade física durante o tratamento de usuários de substâncias psicoativas. Observou-se que, por conta da possibilidade de deterioração das drogas, diversas questões aparecem nos organismos dos usuários, sendo, a atividade física, uma ferramenta de grande valor para o tratamento e reabilitação desta população. Neste sentido, a prática da Educação Física como um plano, auxilia na evolução de hábitos pessoais, promove a integração social e desalenta o consumo de álcool e outras drogas.

Nos estudos analisados, percebeu-se que, muitas vezes, a busca pelo consumo de substâncias psicoativas aparece como um interesse por parte dos usuários para evitarem emoções negativas, além de uma busca por efeitos prazerosas para fugirem do mal-estar de suas vidas, tendo a prática de atividades físicas grande importância pela expectativa de ser empregada na tentativa de suprir e diminuir o consumo de substâncias por parte dos usuários, tendo em vista que as práticas corporais também originam sensações prazerosas, mas que podem promoverem saúde e bem-estar, além de serem utilizadas um fator de prevenção e proteção ao consumo de substâncias psicoativas.

Verificou-se, também, que as práticas de atividade física aparecem como parte associado do processo de reabilitação, assistindo, sobretudo, na permuta dos modos de vida desses sujeitos, e, por isso, podem atuar como uma ferramenta favorável a engajamento e continuidade do usuário de substâncias psicoativas à reabilitação, como, também, pode favorecer sua qualidade de vida.

Destaca-se que as práticas de atividades físicas, por serem consideradas tratamento/terapêutica de grande potência no processo de reabilitação emocional, cognitiva, fisiológica e social dos usuários de substâncias psicoativas, são responsáveis por vários efeitos e benefícios para o organismo de dependentes químicos, como, por exemplo, queda da frequência cardíaca, manutenção da

pressão arterial, decréscimo da fadiga central, aumento na vascularização e na capacidade funcional respiratória, controle da depressão, ansiedade, diminuição do desejo de consumir a substância, a alteração e melhora de humor, a diminuição do estresse e da tensão, liberação de endorfina e diminuição de dores, aflições ou sensações ruins, regulação de sono, e efeitos, também, no campo social, como a ressocialização de muitos usuários.

O estudo mostra ainda, que partir das práticas orientadas por um Profissional da Educação Física, os usuários expuseram sentirem-se melhores, menos distraídos, desintoxicados, com aumento de bem-estar, além de uma ajuda para se desviarem das drogas. Foram encontrados, também, argumentos pertinentes ao corpo e à forma física e estética por parte de dependentes químicas que praticam atividades físicas.

Por fim, reconhecendo-se que as práticas da Educação Física, em sua maioria, são bem aceitas pelos dependentes químicos, além da sua importância e seus benefícios, aponta-se que estas atividades são de grande importância para o processo de reabilitação destes sujeitos em situação de dependência química, podendo permitir mudanças positivas nos campos psíquico e físico, e para o cuidado geral com o corpo, além do componente afetivo e relacional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMOLI, A.N. & AZEVEDO, M.R. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 243, 2009.

AMARANTE, P. & NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2067, 2018.

BARBANTI, E.J. A importância do exercício físico no tratamento da dependência química. Educação Física em Revista, v. 6, p. 1, 2012.

BARBANTI, E.J. Efeito da atividade física na qualidade de vidas em pacientes com depressão e dependência química. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Saúde Mental, Álcool e Drogas, v. 11, p. 1, 2006.

BASTOS, F.I.P.M. *et al.* (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Poder Executivo, 2001.

FERREIRA, G.F. *et al*. Efeitos da atividade física no tratamento de dependentes químicos: uma revisão de literatura, Educação Física e Deportes.Com n. 166, 2012.

FERREIRA, S.E. *et al*. Efeitos agudos do exercício físico no tratamento da dependência química. Revista Brasileira de Ciências do Esporte v. 39, p. 123, 2017.

HONORATO, E.J.S. *et al*. Atividade física como estratégia no processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos. Conexões: Educação Física, Esporte e Saúde, v. 17, e019009, 2019.

MACHADO, G.J. *et al*. A atuação do professor de educação física nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas da grande Vitória-ES. Movimento, v. 22, p. 485, 2016.

MOREIRA. A. K. *et al*. A percepção dos dependentes químicos do CAPS de Santo Antônio da Patrulha/RS sobre a prática de atividade física orientada durante seus tratamentos. Revista e-Lato Sensu FACOS/CNEC, v. 3, p. 7, 2013.

OLIVEIRA, E.N. *et al*. Benefícios da Atividade Física para Saúde Mental. Saúde Coletiva, v. 8, p. 126, 2011.

OLIVEIRA, J.D.F. *et al*. Avaliação da qualidade de vida de um grupo de tabagistas no processo de cessação do tabaco: a questão da atividade física. SALUSVITA, v. 34, p. 389, 2015.

PEREIRA, D.L. & GORSKI, G.M. A influência do exercício físico no humor em dependentes químicos em tratamento. Educação Física e Deportes.Com, ano 15, n. 153, 2011.

PIMENTEL, G.G.A. *et al*. Significados das práticas corporais no tratamento de dependência química. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, v. 12, p. 61, 2008.

SANTOS, A.V. *et al*. Atividade física como principal aliada no tratamento de dependentes químicos em recuperação. Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física, v. 9, p. 63, 2020.

SILVA, C.H.F. *et al*. O exercício físico no auxílio do tratamento e reabilitação de usuários de drogas ilícitas. Saúde Física & Mental, v. 6, p. 9, 2018.

SILVA, P.P.C. *et al*. A relevância das práticas corporais de aventura como mecanismo facilitador no tratamento da dependência química. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v. 23, p. 156, 2015.

SILVA, P.P.C. *et al*. Práticas corporais e uso de álcool e drogas: vivenciando emoções. R. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v. 22, p. 141, 2014.

SILVA, P.P.C. *et al*. Práticas corporais na reabilitação de usuários de álcool e drogas: uma configuração no estilo de vida. Motricidade, v. 13, p. 74, 2017.

SILVA, P.P.C. *et al*. Práticas corporais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas: a percepção dos usuários. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 41, p. 3, 2019.

SOUZA, M.T. *et al*. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, v. 8, p. 102, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). World Drug Report 2017. Viena: New York, 2017. Disponível em: https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2017/June/world-drug-report-2017_-29-5-million-people-globally-suffer-from-drug-use-disorders--opioids-the-most-harmful.html. Acesso em: 19 abr. 2021.

# CAPÍTULO 8

## TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ÁLCOOL NO BRASIL: SEMIOLOGIA E PREVENÇÃO

*Palavras-chave: Transtorno Mental; Álcool; Epidemiologia*

JOEL ALVES DE SOUSA JÚNIOR[1]
MATHEUS NERES BATISTA[1]
ELIANA ALMEIDA NAVES VELOSO[1]
LANNA DO CARMO CARVALHO[1]
CARLA AZEVEDO ZAIBAK[1]
AMANDA CAROLINA DE MELO GONÇALVES[1]
KAROLINNE DORNELES DIAS[1]
RAFAEL SALLES DE MELO GONÇALVES[1]
MARCOS VINÍCIOS DE FREITAS[2]
DJONATHAN DANIEL FRANKE[1]
KEISCIELLY ASSUNÇÃO FARIA SILVEIRA[3]
RENATA CRISTINA VIEIRA DE BRITO[2]
JEHOVAHNNA ANTTONIONI SANTOS[1]
ANA CLARA PUGLIA[1]
ELISAMA PEREIRA PINHEIRO[1]
CAMILA LUÍZA PERES[2]
MARCELLA MACIEL RIOS[1]
PEDRO VINÍCIUS TELES GOMES[1]

1. Discente do curso de Medicina da Universidade de Rio Verde, Campus Goianésia.
2. Discente do curso de Medicina da Universidade de Rio Verde, Campus Aparecida de Goiânia.
3. Discente do curso de Medicina da Universidade de Rio Verde, Campus Rio Verde.

## INTRODUÇÃO

O uso do álcool está cada vez mais prevalente em nossa sociedade e permanece associado a inúmeros problemas sociais, econômicos e de saúde. Considerando que o álcool é uma substância neurotóxica, é comum a ocorrência de problemas cerebrais nos pacientes, comprovados através das técnicas de neuroimagem (TC, RM, PET e SPECT) (PFEFFERBAUM *et al.*, 1995; NOEL *et al.*, 2001; NOEL *et al.*, 2002) não apenas nos primeiros dias de abstinência, mas também meses depois do último uso da substância. O álcool é uma droga lícita bastante utilizada pela população mundial, sendo que suas repercussões estão relacionadas a sintomas de depressão, ansiedade e hipomania/mania, durante os períodos de intoxicação e de abstinência (ALVES *et al.*, 2004; ALMEIDA *et al.*, 2013). Pesquisadores apontaram a dependência do álcool com altos índices entre a população, configurando taxa de 14,9%, seguida pela depressão maior (13%), distimia (4,9%), transtorno bipolar e outros (LEAL *et al.*, 2012).

Os efeitos nocivos do álcool no funcionamento cognitivo são bem estudados nos estágios finais da dependência alcoólica (OSCAR-BERMAN, 1980). Entretanto, a literatura sobre os efeitos agudos ainda se apresenta reduzida. O abusador de álcool, durante o período de intoxicação, tende a apresentar um estado de confusão mental e diminuição do nível de atenção, bem como déficits na maioria das áreas cognitivas examinadas (GRUBER & YURGELUN-TODD, 2001).

O presente trabalho apresenta uma descrição detalhada de nossa compreensão e conhecimento atual a respeito das medidas semiológicas e preventivas frente aos acometimentos trazidos pelo consumo de álcool no Brasil.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico, de abordagem quantitativa e com delineamento de tendência temporal, fundamentado na coleta de dados secundários, referente aos casos de internações hospitalares de pacientes acometidos por Transtornos mentais devido ao uso de álcool, notificados no Brasil, no período de janeiro de 2020 a novembro de 2020. Foi excluído do estudo o mês de dezembro de 2020 por não constar dados no sistema no momento da busca. Os dados utilizados foram retirados do Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), do DATASUS e disponibilizado no TabNet. A busca foi realizada no dia 03 de fevereiro de 2021, com dados referentes aos últimos seis meses, sujeitos a atualização. A população do estudo foi constituída por 26.976 pacientes durante o período analisado. Utilizou-se o software Microsoft Office Excel 2020® para a tabulação e análise dos dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os inúmeros problemas relacionados ao álcool vem se destacando e aumentando gradativamente no ambiente médico, de forma negativa, elevando drasticamente as comorbidades na saúde brasileira. Por meio disso, apesar do álcool ser uma droga lícita, o seu uso desenfreado como sinal de ostentação e poder, entre homens e mulheres, têm corroborado para o drástico aumento de alterações mentais nestes indivíduos. Assim, anualmente, inúmeras famílias são

acometidas direta ou indiretamente pelo uso do álcool e, nisso, seus entes queridos contemplam a estatística nacional de morbi-mortalidade.

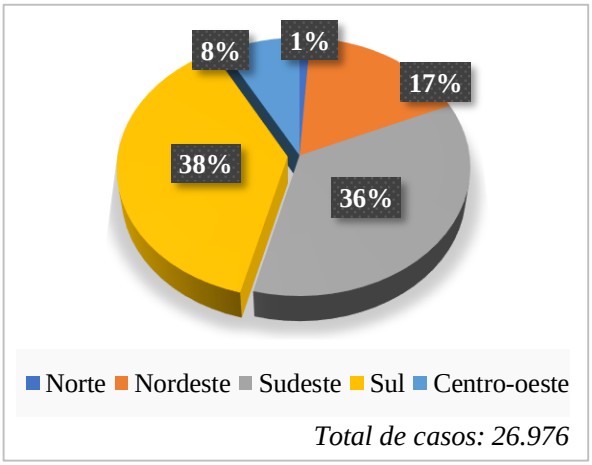
Discutindo sobre os transtornos mentais em meio psiquiátrico, é banal que, estes, quando interligados ao consumo de álcool, existem simultaneamente com outras morbidades psiquiátricas. De maneira geral, o consumo de bebidas contendo essa substância, mesmo que em pequenas quantidades (tanto no teor de composição quanto no volume de ingesta) pode gerar desfechos mais sérios que os vistos em pacientes com ausência de comorbidade, dado importante para não subestimar uma substância que é tão difundida e utilizada indiscriminadamente (DRAKE *et al.*, 1989; MENEZES *et al.*, 1996).

Circunstâncias clínicas utilizadas no diagnóstico e observação dos pacientes com transtornos mentais estão cada vez melhores, esse pode ser, sozinho, o motivo pelo qual há um aumento na incidência dessas doenças. Acerca de tudo isso, acredita-se que em torno de 50% dos indivíduos com transtornos mentais mais graves evoluem com disfunções ligadas ao consumo de álcool (CUPFFEL, 1992).

No Sistema Nervoso Central (SNC), o álcool provoca amnésias anterógradas (blackouts alcoólicos) assim como déficits cognitivos temporários, dificuldades de resolução de problemas, de abstração, de memória e aprendizado. Em linhas gerais, o uso continuado de álcool aumenta, em 3 a 4 vezes, a taxa de morte precoce e a mortalidade por álcool tem contribuído para 2 a 4% das mortes entre adultos (SCHUCKIT, 2009).

Nesse sentido, foram notificados no Brasil, no período de janeiro a novembro de 2020, um total de 26.976 casos confirmados de Transtornos Mentais Devido ao Uso de Álcool (TMDUA). Com isso, conseguiu-se observar pela segmentação dos dados por região que o norte representa 1,1% dos casos, nordeste 17,3%, sudeste 35,6%, sul 38% e a região centro-oeste 8% (Gráfico 8.1).

**Gráfico 8.1.** Casos confirmados de TMDUA no período entre janeiro a novembro de 2020




**Fonte:** TABNET, 2021.

Tais divergências, estão relacionadas a diversos fatores, sendo eles climáticos, uma vez que a bebida alcóolica é vista, por parte da população, como um produto que aquece o corpo em dias de frios, oferecendo energia e motivação, além disso, fatores culturais e religiosos, fácil acesso ao álcool, falha no engajamento das políticas de promoção da saúde e de conscientização e o pequeno poder de regulação do estado brasileiro se tratando no uso de álcool por jovens-adolescentes (FERREIRA *et al.*, 2011), influências de círculos de amizades, também, a própria fase da adolescência e juventude, já que o uso de bebida alcoólica pode estar associado às descobertas e prazeres e a sensação de independência e amadurecimento, entre outros.

Ademais, quanto a frequência de consumo, um estudo transversal, realizado na região Nordeste, demonstrou que 50,5% dos

jovens bebem com alguma frequência, ao passo que esse comportamento é observado em 44,4% dos adultos, 30 a 59 anos, e em apenas 21,1% dos idosos; no que tange a escolaridade, o grupo com maior estudo, 50% declararam-se abstêmios e 50% fazem algum tipo de consumo, sendo que 28,7% consomem bebidas alcoólicas pelo menos duas vezes ao mês. O grupo de menor escolaridade apresenta uma prevalência de 37,9% de indivíduos que fazem algum tipo de consumo, sendo que 23% consomem duas ou mais vezes ao mês. Nesse sentido, no que diz respeito à renda, o grupo com menos condições financeiras, apresentou uma prevalência de 58,4% de abstêmios, enquanto o grupo de maior renda apenas 35% declararam não beber. Entre os mais abastados, 55% bebem pelo menos duas vezes por mês, ao passo que entre o grupo de menor renda, 25,2% bebem com essa mesma frequência (FERREIRA *et al.*, 2011).

Dessa forma, torna-se notório que a região sul se sobressai entre as demais, podendo esse fato se relacionar com o aumento das doenças neuropsiquiátricas, depressão e transtornos de ansiedade. De acordo com os dados supracitados, faz-se entender que os números são alarmantes e que todos atuantes da área da saúde precisam receber o treinamento adequado para suprir as demandas da sociedade.

Os pacientes que possuem comorbidades e utilizam álcool, principalmente pacientes com transtornos psiquiátricos, em geral, possuem dificuldades em encontrar locais para o seu correto acompanhamento, manejo e tratamento. No entanto, não é só essa a problemática, também há dificuldades nas abordagens terapêuticas, acompanhamento e manejo de usuários de álcool por parte dos psiquiatras em geral, profissionais da saúde e até mesmo centros de tratamento de dependência química, os quais não possuem segurança quando de topam este perfil de paciente (COHEN & JACOBSON, 1997; RIGDELY *et al.*, 1990).

Portanto, a partir dos dados obtidos, faz-se necessário estudos, em equipe multidisciplinar de saúde, buscando aperfeiçoar o atendimento em fatores primordiais como avaliação e diagnóstico diferencial, somado ao melhor tratamento a ser proposto naquele momento. Ademais, a complementaridade de diferentes abordagens facilita a aceitação da condição clínica e também aumenta a adesão ao tratamento, impactando diretamente na qualidade de vida dos pacientes. Dessa forma, o manejo e acompanhamento ideal também deve ser um explorado, até a nítida melhora do paciente para seguir com vida normal e saudável.

## CONCLUSÃO

Logo, conclui-se que o uso do álcool contribui com o aumento de transtornos mentais e comportamentais afetando o sistema nervoso dos usuários, além de provocar um aumento na taxa de mortalidade do país. Sendo que, o maior número de casos notificados com transtornos mentais devido ao uso dessa droga lícita parte da região sul com 38%.

Por fim, corroborando com essa realidade, nota-se que além de tais fatores contribuintes, há carência no tratamento e acompanhamento dos usuários, dificultando que os números sejam revertidos positivamente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, R.M.M. *et al.* Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. Psicologia Reflexão e Crítica, v. 26, p. 1, 2013.

ALVES, H. *et al.* Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, p. 51, 2004.

BRASIL - DATASUS. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>. Acesso em: 26 fev. 2021.

COHEN, S.T. & JACOBSON, N.A. Diagnóstico duplo: abuso de substância e doença psiquiátrica. In: JACOBSON, J.L. & JACOBSON, A.M. Segredos em psiquiatria, Porto Alegre: Artes Médicas; 1997, 632 p.

CUPFFEL, B.J. Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. The Journal of Nervous and Mental Disease, v. 180, p. 589, 1992.

DRAKE, R.E. *et al.* Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. The Journal of Nervous and Mental Disease, v. 177, p. 408, 1989.

FERREIRA, L.N. *et al.* Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, p. 1473, 2011.

GRUBER, S.A. & YURGELUN-TODD, D.A. Neuropsychological Correlates of Drug Abuse. In Kaufman MJ (ed.) Brain Imaging in Substance Abuse: Research, Clinical and Forensic Applications. New Jersey: Humana Press, 2001, 425 p.

LEAL, E.M. *et al.* Estudo de comorbidade: sofrimento psíquico e abuso de drogas em pessoas em centros de tratamento, Macaé - Brasil. Texto Contexto – Enfermagem, v. 21, p. 96, 2012.

MENEZES P.R. *et al*. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. British Journal of Psychiatry, v. 168 p. 612, 1996.

NOEL, X. *et al.* Contribution of frontal cerebral blood flow measured by 99mTc-Bicisate SPECT and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients. Alcohol Alcohol, v. 37, p. 347, 2002.

NOEL, X. *et al.* Correlation between inhibition, working memory and delimited frontal area blood flow measured by 99mTc–Bicisate SPECT in alcohol-dependent patients. Alcohol Alcohol, v. 36, p. 556, 2001.

OSCAR-BERMAN M. Neuropsychological consequences of long term chronic alcoholism. American Scientist, v. 68, p. 410, 1980;

PFEFFERBAUM, A, *et al.* Longitudinal changes in magnetic resonance imaging brain volumes in abstinent and relapsed alcoholics. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, v. 19, p. 11771995.

RIGDELY, M. *et al.* Barriers to the care of persons with dual diagnoses; organizational and financing issues. Schizophr Bull, v. 16, p. 123, 1990.

SCHUCKIT, M.A. Alcohol-use disorders. The Lancet, v. 373, p. 492, 2009.

# CAPÍTULO 9

# MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

*Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Assistência à Saúde Mental*

CRIS ARAGÃO MELO[1]
LUCÍOLA GALVÃO GONDIM CORRÊA FEITOSA[2]
MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES[3]
IVONIZETE PIRES RIBEIRO[4]
FABRÍCIO IBIAPINA TAPETY[5]
AMANDA ALVES DE ALENCAR RIBEIRO[6]

1. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI.
2. Doutora em Políticas Públicas. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.
3. Doutora em Ciências. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.
4. Doutora em Medicina Tropical. Professora Titular do Centro Universitário UNINOVAFAPI.
5. Doutor em Reabilitação Oral. Professor Titular do Centro Universitário UNINOVAFAPI.
6. Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí.

## INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira, em meados da década de 1980, culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – instituído pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988) – e levou à adoção de um novo modelo de atenção à saúde. O paradigma biomédico, vigente até então, já não se mostrava eficiente e envolvia altos custos, além de não atender à população brasileira de modo integral (BRASIL, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Em meio a esse cenário, o SUS recorre a estratégias, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de substituir o paradigma biomédico e reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) sobre novas bases, com a família no foco das políticas voltadas à promoção da saúde populacional (RONZANI & SILVA, 2008).

A aprovação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), pelo Ministério da Saúde, reorganizou a APS e caracterizou a ESF como a sua base de expansão, qualificação e consolidação, além de ser eixo estruturante do SUS – que favorece a reorientação do processo de trabalho no sentido de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da APS (BRASIL, 2012; PIOVESAN *et al.*, 2016). Nesse sentido, a ESF surge para reorganizar a atenção básica no país e atuar com equipes multiprofissionais responsáveis pelo cuidado integral, contínuo e resolutivo de um número definido de famílias e com um território adscrito (NUNES, 2006; COSTA *et al.*, 2010).

Criado com o intuito de dar suporte a essas equipes, o apoio matricial (ou matriciamento) requer destaque como um momento de importantes mudanças no processo de trabalho no âmbito da APS, na medida em que promove um novo modelo de trabalho que busca principalmente a atuação conjunta de diferentes profissionais e o compartilhamento de saberes, invertendo a lógica dominante do encaminhamento de casos. Essa estratégia substitui o "especialismo" profissional – que promove a fragmentação do cuidado – pelo trabalho colaborativo entre os diversos núcleos de saber presentes nas equipes, conforme o princípio da integralidade preconizado pelo SUS (D'AMOUR *et al.*, 2008; FURTADO, 2007).

A saúde mental deve ser entendida como um campo de intervenção prioritário para as equipes da ESF, pois estas têm potencialidade de atuar não só na unidade de saúde, mas também no espaço social onde a comunidade vive e circula. Estabelecendo vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população, norteados por uma perspectiva ampliada de cuidado, de modo a intervir sobre os fatores de riscos aos quais a comunidade está exposta – sendo os transtornos mentais um dos mais recorrentes (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

Aproximadamente 20% dos atendimentos prestados na APS estão relacionados a alguma queixa de sintomas e/ou transtornos mentais. Apenas 3% são de transtornos severos, o que evidencia a resolubilidade que a rede básica pode apresentar diante de demandas recorrentes (BACHETTI, 2013). Apesar disso, esses dados também demonstram a ausência de uma política mais efetiva para atender aos transtornos mentais menos graves. O desafio é, portanto, construir uma rede de assistência competente e abrangente, já que grande parte dessa demanda relacionada à saúde mental

chega diariamente na atenção básica, porta de entrada do SUS (NEVES, 2011).

O matriciamento tem como base a metodologia Paideia, que prevê mudanças nas relações de poder por meio de mecanismos de cogestão e do desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos e estabelecer diálogo (OLIVEIRA & CAMPOS, 2015). Assim, o apoio matricial visa superar as metodologias tradicionais de trabalho e de gestão. É capaz de fornecer suporte técnico-pedagógico às equipes apoiadas e assegurar retaguarda especializada às equipes de referência, com personalização e interatividade, que envolve todos os atores nas ações desenvolvidas – inclusive os usuários (CUNHA & CAMPOS, 2011).

A ferramenta do apoio matricial atua em direção à construção compartilhada do cuidado, além de promover a cogestão e democratização das relações nas instituições, com aumento da capacidade resolutiva das equipes de referência, o que as qualifica para a atenção ampliada à saúde. Desta forma, objetiva superar os modelos verticalizados de referência e contrarreferência, com o desenvolvimento de mecanismos horizontalizados de compartilhamento de saberes e de organização dos fluxos na rede de atenção (OLIVEIRA & CAMPOS, 2015; CUNHA & CAMPOS, 2011).

Diante disso, questionou-se: "*Em pesquisas científicas, como vêm sendo desenvolvido o matriciamento em saúde mental na Atenção Primária?*". Portanto, o objetivo desse estudo direcionou-se a investigar o matriciamento em Saúde Mental na APS, a partir da produção científica de artigos. Intencionou-se, assim, contribuir com o processo de reflexão sobre a sistematização de políticas públicas voltadas para a construção de novos paradigmas no âmbito da saúde coletiva.

## MÉTODO

A pesquisa direcionou-se à análise do matriciamento em saúde mental na ESF. Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, investigando publicações sobre a temática, no recorte temporal de 2012 a 2018, nos idiomas inglês e português.

Este tipo de metodologia reúne e sintetiza resultados de estudos sobre o delimitado tema ou questão, de uma forma sistemática e ordenada, que contribui para aprofundar o conhecimento sobre a temática investigada (MENDES *et al*., 2008). Assim, foram seguidas as etapas que constituem uma revisão integrativa, representadas por: definição do problema (questão norteadora), estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos selecionados, análise dos estudos que constituem a amostra e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BOTELHO *et al*., 2011).

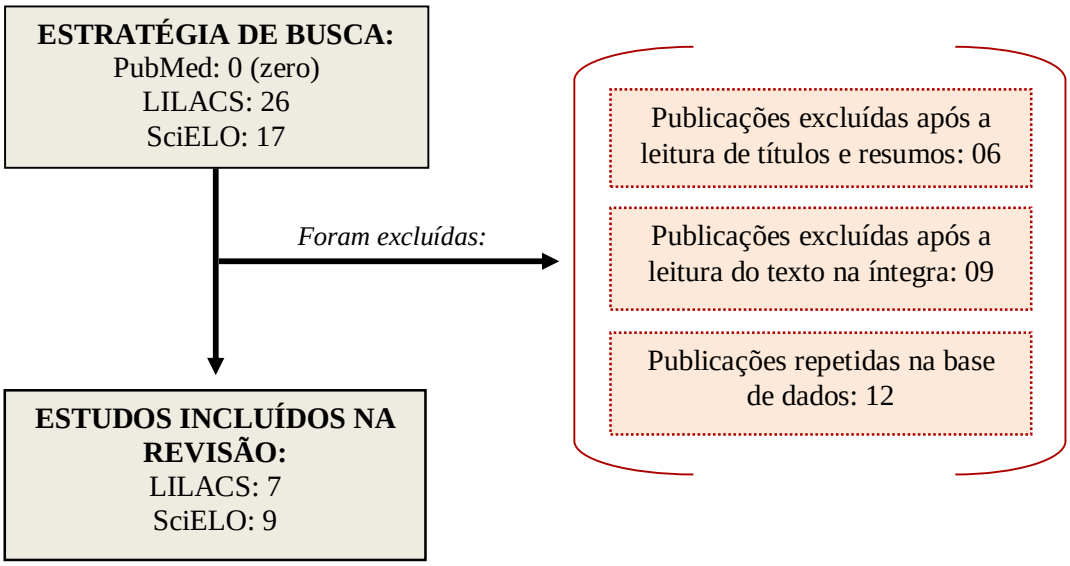
Quanto à seleção dos artigos, concentrou-se nas seguintes bases de dados: *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram incluídos artigos que discorriam sobre matriciamento em saúde mental na APS, e excluiu-se os relatos de casos informais, capítulos de livros, dissertações, teses, notícias, reportagens, editoriais e textos não científicos. Aqueles encontrados em mais de uma base de dados foram considerados uma única vez.

As palavras-chave empregadas de forma livre numa busca simples foram: "atenção

primária" (*Primary health Care*), saúde mental *(Mental Health*) e "matriciamento". Realizou-se, ainda, o cruzamento dos descritores controlados (palavra-chave) "atenção primária" e "saúde mental" e descritores não controlados como "matriciamento" referenciados pelo DeCS/MeSH.

Os manuscritos foram selecionados pelo título e resumo e, posteriormente, avaliados na íntegra para uma completa apreciação do material retido. O fluxograma de detalhamento da busca (Figura 9.1) descreve o percurso de identificação, seleção e inclusão dos estudos primários selecionados, segundo as bases de dados.

**Figura 9.1.** Estratégia de busca para seleção de artigos incluídos na revisão




O estudo não recebeu nenhum tipo de financiamento para sua elaboração; ademais, não houve conflito de interesses na condução de sua construção.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da busca nas bases de dados estabelecidas, obtiveram-se 43 estudos. Procedeu-se, então, a leitura de todos os títulos e resumos, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão, assim, 16 estudos foram selecionados para análise detalhada. Para melhor identificação dos artigos, foram organizados em sequência crescente conforme o ano de publicação, iniciando em A1, de 2012, e finalizando em A16, do ano 2018 (Tabela 9.1).

Os manuscritos selecionados foram sumarizados e classificados de acordo com os seguintes critérios: ano e tipo de publicação, abordagem temática e categoria profissional foco da aplicação. Segundo o ano de publicação, obteve a seguinte distribuição: 2012 (2), 2013 (3), 2014 (3), 2015 (1), 2016 (1), 2017 (5) e 2018 (1).

Os manuscritos selecionados foram sumarizados e classificados de acordo com os seguintes critérios: ano e tipo de publicação, abordagem temática e categoria profissional foco da aplicação. Segundo o ano de publicação, obteve a seguinte distribuição:

2012 (2), 2013 (3), 2014 (3), 2015 (1), 2016 (1), 2017 (5) e 2018(1).

Os resultados foram apresentados em categorias de análise e confrontados com a literatura, a fim de se obterem conclusões relevantes para a prática profissional e para o desenvolvimento de políticas e novas pesquisas; organizaram-se os estudos selecionados em três categorias por adesão temática ao público-alvo de cada pesquisa, a saber: Matriciamento na visão dos profissionais; Matriciamento na visão dos usuários e familiares e; Experiências sobre Matriciamento (Tabela 9.2).

**Tabela 9.1.** Trabalhos selecionados para análise crítica

| N° | AUTOR/ANO | TÍTULO |
|---|---|---|
| A1 | PINTO *et al.*, 2012. | Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. |
| A2 | BELOTTI & LAVRADOR, 2012. | Apoio matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. |
| A3 | JORGE *et al.*, 2013. | Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. |
| A4 | AZEVEDO *et al.*, 2013. | Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. |
| A5 | QUINDERÉ *et al.*, 2013. | Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. |
| A6 | GERHARDT NETO *et al.*, 2014. | Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas. |
| A7 | AZEVEDO *et al.*, 2014. | Atenção básica e saúde mental: um diálogo e articulação necessários. |
| A8 | FORTES *et al.*, 2014. | Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. |
| A9 | MOURA & SILVA, 2015. | Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. |
| A10 | IGLESIAS & AVELLAR, 2016. | As contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. |
| A11 | KLEIN & OLIVEIRA, 2017. | O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. |
| A12 | BRANDAO JUNIOR *et al.*, 2017. | Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infanto-juvenil. |
| A13 | DANTAS & PASSOS, 2017. | Apoio Matricial em Saúde Mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. |
| A14 | IGLESIAS & AVELLAR, 2017. | O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores. |
| A15 | GARCIA *et al.*, 2017. | Apoio Matricial na Atenção à Saúde Mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil. |
| A16 | BISPO JÚNIOR & MOREIRA, 2018. | Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. |

**Tabela 9.2.** Classificação dos estudos em categorias temáticas

| CATEGORIAS | ARTIGOS SELECIONADOS |
|---|---|
| Matriciamento na visão dos profissionais | A4, A6, A9, A10, A11, A13, A14, A15 e A16 |
| Matriciamento na visão dos usuários e familiares | A1 e A5 |
| Experiências sobre Matriciamento | A2, A3, A7, A8 e A12 |

### Matriciamento na visão dos profissionais

Os nove artigos incluídos nessa categoria são de análise qualitativa, correspondente a entrevistas com os profissionais. Os principais assuntos identificados foram: formação acadêmica, processo de trabalho em saúde, educação permanente, gestão, dificuldades e clínica ampliada. Essas pesquisas apontam que os profissionais pesquisados desenvolvem um cuidado fragmentado e pouco articulado, além de não reconhecerem o matriciamento como prática do processo de trabalho em saúde; evidenciam ainda que existe uma centralização dos cuidados em saúde mental nos CAPS, assim como há dificuldades dos profissionais em exercerem o matriciamento por sentirem-se despreparados e/ou possuírem pouca infraestrutura nas instituições de saúde.

Os artigos sugerem que, para uma atuação voltada à integralidade, a existência e o fortalecimento da educação permanente em saúde possibilitam iniciativas de aproximação entre os serviços de saúde mental, a atenção primária e o compartilhamento dos saberes entre os profissionais, contemplando assim a metodologia do matriciamento.

### Matriciamento na visão dos usuários e familiares

Os dois artigos incluídos nessa categoria são de análise qualitativa e tiveram como entrevistados os usuários e os familiares. Os principais assuntos identificados foram: a superação das práticas medicalizantes e a importância da integração das ações de saúde mental na ESF, estabelecendo inovação das abordagens psicossociais pela assistência compartilhada entre equipe, familiares e usuários. Dessa forma, constitui-se uma atenção integral à saúde, reconhecendo o campo psicossocial como enfoque indispensável em todas as ações assistenciais e de promoção à saúde, estando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

### Experiências sobre matriciamento

Os cinco artigos dessa categoria são pesquisas qualitativas, nas quais há descrição do matriciamento a partir de estudos de casos e relatos de experiências. Em uma das pesquisas utilizou-se a cartografia – desenhada através dos encontros de matriciamento – como método para acompanhar os movimentos de transformação da paisagem psicossocial. As pesquisas fazem reflexões sobre a importância do cuidado em saúde mental na rede de cuidados primários, tendo por base o trabalho de apoio matricial na ESF. Mostra-se, portanto, a contribuição do matriciamento para a interlocução da Saúde Mental com a ESF, proporcionando fortalecimento da rede de cuidados e do processo de desinstitucionalização dos usuários com transtornos mentais.

Dentre os trabalhos analisados, percebeu-se a importância do matriciamento utilizado como ferramenta para articulação e

integração entre APS, saúde mental e desinstitucionalização da loucura. Os artigos mostram o matriciamento como uma ferramenta que possibilita a inserção do cuidado humanizado de saúde mental na atenção primária, qualificando a integralidade do cuidado, a corresponsabilização e a resolubilidade dos casos de saúde mental. As atividades do apoio matricial em saúde mental possibilitam diversas estratégias de ação, como: ampliação de acesso, experimentação de novas formas de viver, trabalhar e de se relacionar, proporcionando uma atenção à saúde de forma integral. A resolubilidade assistencial delimita-se pelo reconhecimento das condições sociais da demanda pelas equipes e na superação de práticas medicamentalizadas de saúde (PINTO *et al.*, 2012; BELOTTI & LAVRADOR, 2012; MOURA & SILVA, 2015; KLEIN & OLIVEIRA, 2017; BRANDAO JUNIOR *et al.*, 2017; DANTAS & PASSOS, 2017).

As pesquisas evidenciaram que os profissionais pesquisados desenvolvem um cuidado fragmentado e pouco articulado, apresentando um contexto complexo, com uma organização de trabalho heterogênea, com falta de infraestrutura e pouca articulação entre as gerências. Esse cenário revela ainda tensões na execução do trabalho compartilhado, com a divisão desigual de tarefas – em que as equipes de saúde da família devem se responsabilizar pela assistência direta à população enquanto os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) ocupam um lugar daquele que capacita e supervisiona, gerando conflitos sobre de quem é a responsabilidade da assistência, constituindo um contexto pouco propício ao cuidado integral, compartilhado e colaborativo (JORGE *et al.*, 2013).

Nesse contexto, comprova-se como o matriciamento tem potência para sinalizar os caminhos para a construção de um determinado modelo de atenção à saúde que esteja articulado e sinérgico com os princípios e diretrizes do SUS, inserindo a saúde mental na APS (GERHARDT NETO *et al.*, 2014; IGLESIAS & AVELLAR, 2016).

Entretanto, trazendo desafios importantes para a formação e a assistência em saúde mental, alguns elementos ainda dificultam esta assistência na ESF, com destaque para: precarização do trabalho em saúde, formação acadêmica insuficiente e ausência de educação permanente em saúde (AZEVEDO *et al.*, 2013; FORTES *et al.*, 2014).

Os achados da pesquisa demonstram a forte vinculação da dimensão institucional à dimensão terapêutica, em que as fragilidades das condições estruturais desencadeiam restrições das atividades desenvolvidas pelos profissionais, sejam elas individuais ou coletivas. Nesse sentido, a efetividade do trabalho do NASF e a possibilidade de ampliação da resolutividade na APS são abaladas frente às limitações organizacionais e estruturais. É importante salientar que o matriciamento não se viabiliza apenas com a incorporação de profissionais de outras especialidades se não houver direção e apoio da gestão de cada serviço (BISPO JÚNIOR & MOREIRA, 2018).

Os artigos demonstraram que os trabalhadores da ESF não se sentem instrumentalizados para intervir nos casos de saúde mental. Existe uma precipitação nos encaminhamentos dos usuários para os CAPS, dificultando a acessibilidade da assistência em saúde mental. Porém, identificou-se que as discussões em saúde mental na APS possibilitam a apropriação dos casos pelos

trabalhadores e promovem a aproximação entre as equipes; deste modo, influenciam na resolubilidade dos casos de saúde mental.

Identifica-se que o apoio matricial em saúde mental na ESF viabiliza a reorganização da rede de serviços, favorecendo o acesso do usuário e oportunizando o trânsito de trabalhadores do campo da saúde mental, anteriormente "confinados" aos CAPS, em detrimento dos mais variados níveis de complexidade do sistema de saúde (QUINDERÉ *et al.*, 2013).

Observamos ainda que, nos municípios pesquisados e que possuem a efetivação do matriciamento, existe uma construção de discussões em torno da saúde mental mais consolidada, assim como uma prática orientada pelo viés da atenção psicossocial e saúde coletiva, na tentativa de superar o modelo biomédico (GARCIA *et al.*, 2017).

É importante que o matriciamento em saúde mental se afirme legitimamente como uma estratégia de suporte mútuo entre as equipes, para que as frustrações não se revertam em desistência desse trabalho nem/ou na sucumbência à perspectiva do isolamento e da exclusão das pessoas em sofrimento psíquico (IGLESIAS & AVELLAR, 2017).

## CONCLUSÃO

Evidencia-se que o matriciamento se apresenta como ferramenta que oportuniza a reorganização de demandas em saúde mental na APS; além disso, promove a reflexão do papel da reforma sanitária, sob a óptica da ESF, e da reforma psiquiátrica, representada pelo CAPS.

Como limitação do estudo, aponta-se a escassez de estudos quantitativos, tendo em vista o maior nível de evidência dessa tipologia de pesquisa. Além disso, detectou-se que a maioria tinha como objetivo investigar o apoio matricial em saúde mental na APS considerando apenas a perspectiva dos profissionais. Nesse sentido, faz-se necessária a realização de novos estudos com outras abordagens, bem como uma maior divulgação de trabalhos científicos referentes à temática, de modo a contribuir para o avanço do conhecimento científico no ensino e na assistência de enfermagem.

Conclui-se ainda que, embora a experiência brasileira esteja se construindo em consonância com as recomendações mundiais que propõem diminuir a lacuna terapêutica entre oferta e necessidades de cuidado, a construção da rede de saúde mental integrada à ESF ainda é um desafio a ser superado, a fim de se alcançar uma real e efetiva assistência comunitária em saúde mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, D.M. *et al.* Apoio Matricial em Saúde Mental: percepção de profissionais no território. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 5, p. 3311, 2013.

AZEVEDO, D.M. *et al.* Atenção básica e saúde mental: um diálogo e articulação necessários. Revista de APS - Atenção Primária à Saúde, v. 17, p. 537, 2014.

BACHETTI, L.S. Saúde mental e atenção básica à saúde: criação de uma rede de apoio matricial. Unopar científica*:* Ciências Biológicas e da Saúde, v. 15, p. 13, 2013.

BELOTTI, M. & LAVRADOR, M.C.C. Apoio matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. Revista Polis e Psique, v. 2, p. 128, 2012.

BISPO JÚNIOR, J.P. & MOREIRA, D.C. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, 2018.

BOTELHO, L.L.R. *et al*. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e Sociedade. Belo Horizonte, v. 5, p. 121, 2011.

BRANDAO JUNIOR, P.M.C.B. *et al*. Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infanto-juvenil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, p. 699, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Saúde SUS. O Ministério da Saúde: histórico: do sanitarismo à municipalização. 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/330/historico.html. Acesso em: 06 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf. Acesso em: 07 fev. 2021.

COSTA, F.B. *et al.* A inserção do biomédico no programa de saúde da família. Revista Eletrônica Novo Enfoque, v. 11, p. 27, 2010.

CUNHA, G.T. & CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, p. 961, 2011.

D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research, Québec, p. 1, 2008.

DANTAS, N.F. & PASSOS, I.C.F. Apoio Matricial em Saúde Mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, 2017.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 18, p. 63, 2009.

FORTES, S.F. *et al.* Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 24, p. 1079, 2014.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 11, p. 239, 2007.

GARCIA, G.D.V. *et al.* Apoio Matricial na Atenção à Saúde Mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil. Saúde e Pesquisa. v. 10, 2017.

GERHARDT NETO, M.R. *et al*. Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas. Aletheia; Canoas, p. 139, 2014.

IGLESIAS, A. & AVELLAR, L.Z. O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores. Mental, Barbacena, v. 11, p. 63-90, 2017.

IGLESIAS, A. & AVELLAR, L.Z. As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, p. 364, 2016.

JORGE, M.S.B. *et al*. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, p. 738, 2013.

KLEIN, A.P. & OLIVEIRA, A.F.P.L. O. O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, e00158815, 2017.

MENDES, K.D.S. *et al*. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto - Enfermagem, v. 17, p. 758, 2008.

MOURA, R.F.S. & SILVA, C.R.C. Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 35, p. 199, 2015.

NEVES, C.A.B. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, p. 817, 2011.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Orgs.). Tratado da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 19-40.

OLIVEIRA, D.C. *et al.* A política pública de saúde brasileira: representação e memória social dos profissionais. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. 197, 2008.

OLIVEIRA, M.M. & CAMPOS, G.W.S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 229, 2015.

PINTO, M.S.B. *et al.* Apoio Matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: Olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 653, 2012.

PIOVESAN, L.R. *et al.* Promoção da saúde na perspectiva de enfermeiros de atenção básica. Revista Enfermagem UERJ, v. 24, n. 3, 2016.

QUINDERÉ, P.H.D. *et al.* Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 2157, 2013.

RONZANI, T.M. & SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciências Saúde Coletiva, v. 13, p. 23, 2008.

# CAPÍTULO 10

## SAÚDE MENTAL EM FOCO: SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

*Palavras-chave: Idosos; Depressão; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Estratégia Saúde da Família*

MAGDA ALMEIDA FREIRE[1]
ELIANY NAZARÉ OLIVEIRA[2]
FRANCISCO ROSEMIRO GUIMARÃES XIMENES NETO[3]
PAULO CÉSAR DE ALMEIDA[4]
MARISTELA INÊS OSAWA VASCONCELOS[2]
MARCELA ALMEIDA FREIRE[5]
GLEISSON FERRERA LIMA[6]
LORENNA SARAIVA VIANA[7]
CAIO SAN RODRIGUES[8]
FRANCISCA VERÔNICA DIAS MELO[8]
EMÍLIA DO NASCIMENTO SILVA[8]
LÍDIA CRISTINA MONTEIRO DA SILVA[8]
CARLA SUYANE GOMES DE ANDRADE[8]
JOÃO BRENO CAVALCANTE COSTA[9]

1. Enfermeira, Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral Ceará.
2. Enfermeira, Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral, Ceará.
3. Enfermeiro, Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral, Ceará.
4. Estatístico, Docente da Universidade Estadual do Ceará – UECE, Fortaleza, Ceará.
5. Enfermeira da Secretaria de Saúde do Município de Sobral, Ceará.
6. Profissional de Educação Física com Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, Sobral, Ceará.
7. Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará – UFC, Sobral, Ceará.
8. Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral, Ceará.
9. Enfermeiro com Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) e Centro Universitário UNINTA.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a população brasileira, assim como a mundial, vem passando por transformações no seu perfil demográfico e epidemiológico, caracterizado pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônico-degenerativas causando um impacto significativo no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2016, os indivíduos acima de 65 anos representavam 8,1% da população no Brasil e a estimativa para 2030 é de que representarão 13,4% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Contudo, mesmo as pessoas prolongando os anos vividos, existem agravos na qualidade de vida ao considerar o significativo crescimento das doenças crônicas, onde a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) estão entre as mais frequentes, principalmente durante o processo do envelhecimento. No Brasil, observam-se prevalências em torno de 50% para HAS e superiores a 13% para DM na população idosa (COSTA *et al*., 2016).

Importante considerar que além da HAS e DM, a depressão merece destaque por estar entre os diversos transtornos que afetam a saúde dos idosos e vem apresentando prevalência crescente na sociedade levando a consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Presume-se que cerca de 15% da população idosa viva com algum transtorno mental. Infere-se que um a cada dez idosos apresentam sintomas depressivos, e que a prevalência oscile de 6,5% a 25,3% (VAUGHAN *et al*., 2015).

A chegada da senescência é um processo complexo, contudo natural, que acarreta diversos desafios, compreende diversos aspectos como dependência, privações, perdas, alterações psicossociais e todo o oposto do que o ser humano almeja viver. Associa-se com a história de vida do indivíduo e seu contexto natural. Tais mudanças podem ocasionar dependência e fragilidade nos idosos, provocar sentimentos negativos e facilitar o surgimento de problemas de saúde como a depressão.

Para além das mudanças intrínsecas do envelhecimento, há também custos emocionais para os idosos que vivem com HAS e DM pois estudos apontam que eles apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem sintomas depressivos e/ou ansiosos. Em pesquisa realizada em Rondonópolis, Mato Grosso, foi possível observar que características de SDA (Sintomas Depressivos e/ou Ansiosos), tiveram maior prevalência nos casos comórbidos de HAS e DM (28,5%), seguidos por aqueles que somente tinham HAS (27,6%) e, por fim, DM (22,2%) (SOUZA *et al*., 2018).

O modo como o paciente avalia, percebe e cuida da doença afeta sua condição emocional, que por sua vez interfere na saúde e em outros aspectos gerais da vida pessoal. Considerando que o cuidado em saúde abrange não somente fatores biológicos do indivíduo, mas principalmente aspectos biopsicossociais, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se encontra em posição privilegiada no cuidado à pessoa idosa por ser considerada a coordenadora do cuidado e atuar direto com a comunidade.

A escassez de estudos acerca da presença dos sintomas depressivos no grupo de idosos com HAS e DM, além dos dados epidemiológicos que evidenciam a associação entre as doenças crônicas e a depressão justificam a pesquisa. Espera-se, com ele, contribuir para o empenho das equipes de saúde em desenvolver uma escuta

diferenciada ao sofrimento psíquico e um manejo sensível e competente de ambas as condições.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi avaliar sintomas depressivos em idosos, e verificar a existência de associação entre esses com as variáveis HAS e DM, e com os dados sociodemográficos.

## MÉTODO

Estudo epidemiológico do tipo caso-controle, não pareado, realizado na ESF do município de Sobral, Ceará, Brasil. Segundo dados coletados do E-SUS AB do mês de janeiro de 2019, as equipes de saúde do município de Sobral acompanhavam uma população idosa de 3.357 portadores de HAS e DM e 14.715 não portadores dessas patologias. O total de idosos cadastrados nesse mesmo período foi de 25.617.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a fórmula para estudos de caso controle, considerando-se a razão de chances de 1,5, uma probabilidade depressão em pacientes hipertensos e diabéticos em torno de 20%, uma precisão relativa ε de 50% e um nível de significância de 5%. Aplicando-se esses valores na fórmula a seguir, implicou em n = 91 para cada grupo. Para eventuais perdas de pacientes e/ou de informações, acrescentou-se uma margem de erro de 20% ao tamanho da amostra calculado, implicando, dessa forma, cada grupo ficando 104 pacientes.

Os critérios de inclusão para o grupo de casos foi: 1) Ter idade igual ou superior a 60 anos; 2) Ser cadastrado no E-SUS AB; 3) Ser portador de HAS e DM. Já para o grupo controle: 1) Ter idade igual ou superior a 60 anos; 2) Ser cadastrado no E-SUS AB. Foram excluídos da pesquisa tanto do grupo de casos como de controles aqueles que: 1) Apresentaram algum transtorno mental grave ou déficit cognitivo que comprometa a sua participação na pesquisa 2) Estavam incapacitados de responder os instrumentos da pesquisa no momento da entrevista.

Para coleta de dados foram selecionados dois Centros de Saúde da Família (CSF) localizados na sede e zona rural do município, considerando as diferenças sociais, econômicas, culturais e organizacionais que existem entre eles. Os pacientes foram escolhidos de maneira aleatória simples.

A aplicação dos instrumentos de coleta foi realizada nos meses de maio a julho do ano de 2019 por enfermeiros com o auxílio dos bolsistas da iniciação científica. Ocorreram duas reuniões para treinamento dos mesmos, considerando que os idosos por limitações físicas e/ou cognitivas possuem dificuldade de compreensão das perguntas realizadas, o que demanda habilidades para entrevista e preenchimento dos questionários.

Foi utilizado um formulário com os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa e a Escala de Depressão Geriátrica reduzida (EGD-15). Descrita em língua inglesa por Yesavage *et al*. (1982), a escala original contém 30 perguntas e a reduzida 15 questões. Esta foi elaborada a partir dos itens que mais fortemente se relacionavam com o diagnóstico de depressão, evitando a esfera das queixas somáticas.

A EDG-15 foi validada e adaptada para a população brasileira em 1999 (ALMEIDA & ALMEIDA, 1999). Utilizou-se o ponto de corte ≥ 6 (caso) e < 6 (não caso), valores esses empregados em estudos prévios (PINHO *et al*., 2010; FRADE *et al*., 2015).

As análises de associação com as variáveis foram feitas pelos testes de Qui-

Quadrado ou de razão de verossimilhança sendo a força dessas associações calculadas pela razão de chances (RC) e de seu IC95%. Foram estatisticamente significantes as análises com p<0,05. Os dados foram processados no SPSS 20 licença número 10101131007.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria da Saúde municipal e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA sob o parecer nº 3.314.367. Os participantes receberam explicação detalhada sobre sua finalidade e objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e consentimento pós-informado para participação em estudo científico.

Considerando as limitações físicas e cognitivas dos idosos, os bolsistas de iniciação científica de enfermagem foram treinados quanto à abordagem desses idosos e quanto ao preenchimento dos questionários.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 10.1 a seguir demonstra que existiu homogeneidade entre os dois grupos com relação às variáveis sociodemográficas (p>0,05), excetuando-se sexo, quando o número de mulheres (70,8%) foi maior que o de homens (29,2%) (p=0,005).

**Tabela 10.1.** Distribuição do número de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, segundo o grupo e as variáveis sociodemográficas

| Variáveis | | Ca | | Co | | Valor de p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | N | % | N | % | |
| **1. Sexo** | Masculino | 31 | 29,2 | 50 | 48,1 | 0,005 |
| | Feminino | 75 | 70,8 | 54 | 51,9 | |
| **2. Idade** | 60-69 | 57 | 53,8 | 60 | 57,7 | 0,726 |
| | 70-79 | 39 | 36,8 | 37 | 35,6 | |
| | 80-98 | 10 | 9,4 | 7 | 6,7 | |
| **3. Estado civil** | Solteiro | 6 | 5,7 | 14 | 13,5 | 0,127 |
| | Casado | 59 | 55,7 | 62 | 59,6 | |
| | Separado/divorciado | 13 | 12,3 | 9 | 8,7 | |
| | Viúvo | 28 | 26,4 | 19 | 18,3 | |
| **4. Anos de estudo** | Nenhum | 28 | 41,5 | 42 | 40,4 | 0,058 |
| | 1 a 4 | 44 | 41,5 | 26 | 25,0 | |
| | 5 a 9 | 23 | 21,7 | 24 | 23,1 | |
| | 10 a 22 | 11 | 10,4 | 12 | 11,5 | |
| **5. Procedência** | Bairro Alto Novo | 36 | 34,0 | 23 | 22,1 | 0,128 |
| | Bairro Coelce | 35 | 33,0 | 36 | 34,6 | |
| | Sítio São Francisco | 35 | 33,0 | 45 | 43,3 | |
| **6. Renda Familiar (SM)** | < 1 salário | 10 | 9,4 | 7 | 6,7 | 0,243 |
| | 1 salário | 57 | 53,8 | 47 | 45,2 | |
| | > 1 salário | 39 | 36,8 | 50 | 48,1 | |
| **7. Nº de moradores na casa** | 1 a 2 | 40 | 37.7 | 43 | 41,3 | 0,825 |
| | 3 a 4 | 45 | 42,5 | 40 | 38,5 | |
| | 5 a 10 | 21 | 19,2 | 21 | 20,2 | |

**Legenda:** p = Teste de Qui-quadrado; SM = R$ 998,00; Ca = Casos; Co = Controles.

De acordo com a Tabela 10.2 constatou-se que a chance de ter depressão entre os casos foi de 4,3 vezes mais do que os controles (IC95%: 2,3 - 7.9) (p=0,003).

Quanto ao perfil sociodemográfico identificado para depressão neste estudo revelou-se que as mulheres sofrem de depressão mais que os homens e que as chances de desenvolver a doença nas portadoras de HAS e DM é 3,8 vezes maior do que nas não portadoras, demonstrando que as multimorbidades são fatores de risco significativos para a saúde mental desta população estudada.

Relacionado ao estado civil, os casados tiveram resultados estatisticamente significantes para depressão (p<0,001) com risco de 4,48 maior nos casos que nos controles (IC95%: 1,9 - 10,25), a renda familiar se concentrou em > 1 salário mínimo, com razão de chance 16,5 (IC95%: 4,4 - 62) e p<0,001 e os menos escolarizados (1 - 4 anos de estudo) foram os mais acometidos por sintomas depressivos (p<0,001). Tais resultados estão apresentados na tabela abaixo.

**Tabela 10.2.** Distribuição do número de idosos com sintomas de depressão segundo o grupo, EDG-15 e variáveis sociodemográficas

| Variáveis | | Ca | | Co | | RC | IC | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | N | % | N | % | | | |
| **EDG-15** | Com indícios de depressão (≥6) | 57 | 53,8 | 22 | 21,2 | 4,3 | 2,3-7,9 | 0,003 |
| **Sexo** | Masculino | 14 | 45,2 | 8 | 16 | 4,3 | 1,5-12 | 0,004 |
| | Feminino | 43 | 57,3 | 14 | 25,9 | 3,8 | 1,7-8,2 | <0,001 |
| **Estado civil** | Solteiro | 3 | 50,0 | 3 | 21,4 | 3,6 | 0,473-28,4 | 0,201 |
| | Casado | 29 | 49,2 | 11 | 17,7 | 4,48 | 1,9-10,25 | <0,001 |
| | Separado/Divorciado | 7 | 53,8 | 2 | 22,2 | 4,08 | 0,603-27,6 | 0,138 |
| | Viúvo | 18 | 64,3 | 6 | 31,6 | 3,9 | 1,1-13,4 | 0,028 |
| **Renda Familiar** | <1 salário | 7 | 70,0 | 3 | 42,9 | 3,1 | 0,414-23,3 | 0,263 |
| | 1 salário | 30 | 52,6 | 16 | 34,0 | 2,1 | 0,971-4,8 | 0,057 |
| | >1 salário | 20 | 51,3 | 3 | 6,0 | 16,5 | 4,4-62 | <0,001 |
| **Anos de estudo** | Nenhum | 15 | 53,8 | 14 | 33,3 | 2,308 | 0,865-6,15 | 0,092 |
| | 1 a 4 | 26 | 59,1 | 2 | 7,7 | 17,33 | 3,63-82,7 | <0,001 |
| | 5 a 9 | 13 | 56,5 | 6 | 25,0 | 3,90 | 1,13-13,1 | 0,028 |
| | 10 a 22 | 3 | 27,3 | 0 | 0 | 2,5 | 1,46-4,27 | 0,052 |

**Legenda:** RC = Razão de chance; IC = Intervalo de confiança; p = Teste de Qui-quadrado; Ca = Casos; Co = Controles.

O aumento da esperança média de vida tem-se constituído pelo rápido e crescente envelhecimento populacional e num aumento da multimorbidade entre a população idosa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). O número de idosos com 60 anos ou mais que apresentam algum tipo de Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) cresce e com isso aumenta a preocupação com a perda da autonomia e independência desse público.

A nível biológico, o envelhecimento traduz-se no acúmulo de alterações celulares que aumentam o risco de desenvolver várias patologias. Este cenário está associado ao

aumento da prevalência de doenças crônicas, que, muitas vezes, dificulta a manutenção da capacidade funcional dos idosos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). A HAS e o DM estão entre as mais frequentes e atingem uma em cada três e uma em cada dez pessoas adultas, respectivamente.

A ocorrência de duas ou mais doenças (multimorbidades), além dos fatores sociodemográficos, tem se mostrado ser um fator colaborador para o possível desenvolvimento da depressão, uma vez que ocasiona limitações nas atividades de vida diária, diminuindo dessa forma a qualidade de vida dos acometidos por tais patologias.

No Brasil, o crescente aumento no contingente de pessoas idosas ocorreu concomitantemente com o aumento da incidência das doenças crônicas, destacando-se a HAS e DM (COSTA *et al.*, 2016). Essas doenças são particularmente importantes porque se constituem em fator de risco uma para a outra, ou seja, para um indivíduo com HAS existe um alto risco de adquirir DM e vice-versa. Isso potencializa a morbidade e mortalidade de indivíduos nessas condições, gerando altos custos públicos.

Ademais, ressalta-se os custos emocionais para as pessoas com esses quadros, que possuem maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos e/ou ansiosos por terem uma redução na qualidade de vida e aumento das limitações nas atividades do cotidiano (SOUZA *et al*., 2018).

Dentre os transtornos mentais, a depressão é especialmente as DCNT que mais causa incapacidade e piora a qualidade de vida, com grande impacto também para os membros da família. A coexistência com outras patologias crônicas, em especial HAS e DM, contribui ainda mais para uma menor expectativa de vida. Há uma forte associação bidirecional da depressão com DCNT, sendo a depressão considerada fator de risco para um pior prognóstico de doenças crônicas, como DM e síndrome coronariana, ou como consequência do agravo da doença, como, por exemplo, a alta prevalência de depressão após AVC, o que impacta muito na qualidade de vida e mortalidade do indivíduo (WHITEFORD *et al.*, 2015).

A depressão, por diversas vezes, possui relação de causa-consequência com outras doenças crônicas, como HAS, DM, câncer e infarto agudo do miocárdio, os quais, por sua vez, aumentam a probabilidade de depressão (LEMOULT & GOTLIB, 2019). Um estudo realizado na cidade de Bagé, região Sul do Brasil, envolvendo 1.593 idosos com idade acima de 60 anos encontrou prevalência de multimorbidade de 81,3% entre idosos, sendo nesta mesma população encontrada prevalência de 18% de sintomas de depressão pela EDG-15 (BRETANHA *et al.*, 2015).

A sintomatologia da depressão está associada aos fatores psicológicos, orgânicos e sociais. Os fatores orgânicos estão relacionados às alterações hormonais, ao uso de alguns medicamentos, ou a presença de doenças crônicas. Já as consequências dessa doença podem ser graves, acarretando prejuízos na vida social do indivíduo e causando sofrimento psíquico tanto para o idoso quanto para os familiares, sendo considerada fator de risco para o suicídio. Batista e Santos (2014) definem como fatores de risco para o suicídio ter mais de 75 anos, ser portador de demência, doenças cardíacas, HAS, fazer uso de medicamentos como benzodiazepínicos, antidepressivos, barbitúricos, antipsicóticos, ansiolíticos ou tranquilizantes.

Conclui-se desse contexto sombrio que o tratamento desses distúrbios psiquiátricos, principalmente quando somados às doenças físicas crônicas, é bastante oneroso e complexo. Os custos são exorbitantes, pois, além da incapacidade laborativa efetiva, há o aumento de gastos gerais para essas famílias e o dano previdenciário oculto (LEMOULT & GOTLIB, 2019). É importante ressaltar que tais pacientes também podem ter suas comorbidades não controladas e agravadas pela maior resistência ao uso de medicações diárias e/ou ao tratamento da própria depressão.

Nesse cenário, percebemos o impacto que a depressão ocasiona sobre a vida dos idosos, destacando-se a relevância e a necessidade do desenvolvimento de estratégias que promovam a detecção e o tratamento precoce dos casos em maiores de 60 anos, evidenciando-se seus efeitos adversos. Sob essa perspectiva, vale ressaltar a importância do uso de escalas de rastreio desenvolvidas especialmente para idosos na prática clínica.

Em pesquisa cujos sintomas depressivos foram rastreados pela EDG-15, e que avaliou a presença de depressão em 148 idosos, revelou que os sintomas de depressão foram mais presentes no sexo feminino, com 58,8 % de depressão leve e 3,5% de depressão moderada a grave (FONSECA, 2016).

Na mulher, vincula-se a depressão na velhice sobretudo devido as mudanças hormonais e alterações no âmbito sexual, labilidade emocional e modificações nos papéis familiares e sociais. Nesse período predominam aspectos culturais de desvalorização estética do corpo que podem somar-se à baixa autoestima, acarretando o isolamento social (SILVA *et al.*, 2015).

Com relação a alfabetização, as pessoas com melhor educação têm menos chances de serem portadoras de multimorbidade. A educação habilita um indivíduo a buscar conhecimentos. Portanto, as pessoas educadas podem ser capazes de acessar mais informações sobre promoção da saúde e adotar estilos de vida saudáveis, prevenindo o aparecimento de algumas doenças crônicas (HA *et al.*, 2015).

De acordo com Dutra *et al.* (2016), em seu estudo, a baixa escolaridade e a falta de conhecimento das doenças adquiridas e suas consequências podem afetar a manutenção da saúde e o manuseio dos medicamentos. Uma pesquisa realizada com 86 idosos, com idade entre 60 a 90 anos, que residem na comunidade Santo Onofre, em Maceió/AL, demonstrou que a baixa escolaridade afeta significativamente a qualidade de vida dos idosos e predispõe a sintomas de depressão (MAXIMIANO-BARRETO & FERMOSELI, 2017).

Contrapondo os resultados encontrados neste estudo, González *et al.* (2016) realizaram uma pesquisa com 1.021 idosos em Criciúma, Santa Catarina, para avaliar os que conviviam com companheiro ou não. Observou-se elevada prevalência dos sinais de depressão nos idosos viúvos em relação aos idosos que convivem com cônjuges. Associações como morar só ou não ter companheiro podem contribuir para a instalação de um quadro depressivo, assim como a baixa renda e perda do status social, fatos não observados neste estudo, considerando que a maioria dos idosos com depressão são casados e possuem renda maior que um salário mínimo.

Importante enfatizar a relevância das escalas de rastreamento para depressão, considerando a alta prevalência deste agravo

na população e a dificuldade de consultas com especialistas nos serviços públicos de saúde. Nesse cenário a identificação de depressão pode ser facilitada pelo uso de instrumentos validados como a EDG-15, de baixo custo e rápida aplicação, tornando-se um valioso instrumento de saúde pública para detecção da doença em ambientes não especializados.

A ESF detém uma posição privilegiada entre os demais serviços de saúde no cuidado a pessoa idosa, tendo em vista a garantia do acesso próximo aos lares dos serviços de saúde e a atuação direta com a comunidade. O município de Sobral atualmente possui 100% de cobertura das equipes da ESF, sendo composto por uma as Rede de Atenção à Saúde (RAS) hierarquizada e regionalizada do SUS que o faz polo para a Macrorregião Norte do Ceará. Operacionaliza o modelo de atenção à saúde voltada para as condições crônicas, potencializando os usuários para o autocuidado, bem como preparando as equipes de saúde para fornecer melhores resultados (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Nesse contexto, fica evidente que um sistema de saúde organizado, com uma Atenção Primária a Saúde consolidada e articulada, coordenando a atenção à saúde de forma interligada com os serviços especializados, promove uma qualidade e integralidade na prestação dos serviços, diminuindo assim os índices de DCNT e suas complicações. Entretanto destacamos que mesmo diante de uma assistência de qualidade prestada aos portadores de doenças crônicas, uma quantidade significativa de idosos encontra-se com sintomas de depressão, demonstrando que um caminho longo ainda há que se percorrer na consolidação do atendimento aos portadores de doenças crônicas.

Ademais, não podemos deixar de citar a necessidade de reconhecer a importância da atuação da enfermagem ao paciente portador de depressão, pois é fundamental que o idoso receba orientações sobre sua doença. O aumento dos casos de depressão justifica pontuar a necessidade de uma maior capacitação dessa classe de profissionais a fim de gerar reflexão sobre a maneira de atuação, além da busca de novos conhecimentos sobre a doença.

Estratégias como promoção e prevenção de saúde, capacitação em saúde mental, ações intersetoriais entre as RAS, inclusão das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, discussão de casos, interconsultas, apoio matricial e construção conjunta de projetos terapêuticos são modos de se trabalhar a saúde integral desta população.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar níveis mais elevados de sintomas depressivos nos idosos portadores de HAS e DM do que naqueles não portadores dessas doenças. Concluiu-se que a proporção dos casos entre as mulheres (70,8%) foi maior que a dos homens (29,2%) ($p = 0,005$). Não se encontrou diferença entre as proporções nas variáveis: faixa etária ($p = 0,726$), estado civil ($p = 0,127$), anos de estudo ($p = 0,058$), procedência ($p = 0,128$), renda familiar ($p = 0,243$) e número de moradores ($p = 0,825$), demonstrando a homogeneidade dos dados.

A chance de ter depressão entre os casos foi de 4,3 vezes mais do que os controles (IC95%: 2,3 - 7.9) ($p = 0,003$). A depressão foi mais frequente no sexo feminino ($p < 0,001$), casados ($p < 0,001$), renda

familiar superior a um salário mínimo ($p < 0,001$) e baixa escolaridade ($p < 0,001$).

Os resultados indicam a importância da depressão como doença frequente na população idosa, especialmente entre os que possuem multimorbidades, considerando que as doenças crônicas, comuns entre os idosos, diminuem a qualidade de vida e causam restrições que interferem na saúde mental dos mesmos.

No município de Sobral o modelo de atenção à saúde é voltado para as condições crônicas, entretanto muitos idosos com HAS e DM já apresentam sintomas depressivos, portanto é preciso informar, capacitar, formar, habilitar e gerar novos instrumentos e práticas para enfrentar essa realidade cruel e crescente.

O estudo tem limitações à medida que inclui somente dois CSF, porém tem relevância por se tratar de uma amostra significativa dentro do universo pesquisado. A continuidade da pesquisa a respeito desta população, inclusive realizando-se estudos qualitativos, será de grande importância no sentido de obter sucesso nesta desafiadora missão de equacionar práticas de prevenção para esta população tão afetada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, O.P. & ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 57, p. 421, 1999.

BATISTA, P. & SANTOS, J.C. Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, v. 12, p. 17, 2014.

BRETANHA, A.F. *et al.* Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 1, 2015.

COSTA, K.S. *et al.* Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, e00090014, 2016.

DUTRA, D.D. *et al.* Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 8, p. 4501, 2016.

FONSECA, H.S.G. Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Défice Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã. 2016. 51p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2016.

FRADE, J. *et al.* Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. Revista de Enfermagem Referência, v. 4, p. 41, 2015.

GONZÁLEZ, A.C.T. *et al.* Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 19, p. 95, 2016.

HA, N.T. e*t al.* Multimorbidity and its social determinants among older people in southern provinces, Vietnam. International Journal for Equity in Health, v. 14, p. 50, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da População do Brasil e das Unidades de Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.

LEMOULT, J. & GOTLIB, I.H. Depression: A cognitive perspective. Clinical Psychology Review, v. 69, p. 51, 2019.

MAXIMIANO-BARRETO, M.A. & FERMOSELI, A.F.D.O. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/Al. Psicologia, Saúde & Doenças, v. 18, p. 801, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Estados Unidos: OMS, 2015.

PINHO, M.X. *et al.* Reliability and validity of the geriatric depression scale in elderly individuals with coronary artery disease. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 94, p. 570, 2010.

RIBEIRO, M.A. *et al*. Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. APS em Revista, v. 1, p. 29, 2019.

SILVA, L.C.S.D. *et al.* Necesidades de salud de la mujer mayor en el contexto de la atención primaria de salud: revisión integral. Enfermería Global, v. 14, p. 375, 2015.

SOUZA, G.N.P.D. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n. 20, p. 43, 2018.

VAUGHAN, L. *et al.* Depression and frailty in later life: a systematic review. Clinical interventions in aging, v. 10, p. 1947, 2015.

WHITEFORD, H.A. *et al.* The global burden of mental, neurological, and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. Plos one, v. 10, e0116820, 2015.

YESAVAGE, J.A. *et al*. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of psychiatric research, v. 17, p. 37, 1982.

# CAPÍTULO 11

# O SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL DO PORTADOR DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

*Palavras-chave: Esclerose Lateral Amiotrófica; Sofrimento Psicossocial; Doença Neurodegenerativa*

**LÍVIA BONIN FERREIRA[1]**

1. Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

## INTRODUÇÃO

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa progressiva do sistema nervoso central, caracterizada por degeneração dos neurônios motores superiores e inferiores do córtex cerebral, do tronco encefálico e da medula espinhal. Como consequência desse comprometimento da motricidade, o portador de ELA apresenta, gradativamente, perda completa da capacidade de comunicação, somada à progressiva perda da capacidade de deglutição (disfagia). Por outro lado, como os aspectos intelectuais e cognitivos não sofrem qualquer tipo de comprometimento, o portador vivencia seu adoecimento em plena consciência até o final de sua vida. Assim, tem-se uma progressão da fraqueza e da dependência física associada à inexistência de cura e a um crescente temor sobre a morte, o que influencia diretamente na qualidade de vida e na saúde mental do portador de ELA (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

A ELA atinge de 1 a 2 pessoas em cada 100.000 mil habitantes, com maior prevalência em homens, pessoas brancas e na faixa etária de 40 a 70 anos. Não existe nenhuma explicação para a variante genética relacionada à doença nem a possibilidade de prever transmissão genética (DIETRICH NETO, 2000). No CID-10 (Código Internacional das Doenças), a ELA está agrupada entre as Doenças do Neurônio Motor (G12.2).

Diante dos aspectos mencionados, o presente estudo tem por objetivo revisar a literatura científica relacionada ao sofrimento psicossocial vivenciado pelo portador de ELA e, assim, reforçar a importância do conhecimento acerca do impacto da referida doença na saúde mental do paciente a fim de facilitar a implantação de políticas públicas abrangentes e efetivas para o atendimento dos portadores de ELA no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre o tema sofrimento psicossocial do portador de ELA. As seguintes etapas foram percorridas: identificação do tema, busca por artigos em bases de dados, escolha dos artigos, definição das informações a serem extraídas dos artigos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Foram utilizados os descritores; “qualidade de vida”, “Esclerose Amiotrófica Lateral” e “angústia psicológica”. A busca de artigos foi realizada em março de 2021, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram pesquisadas as bases de dados da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca *Cochrane e Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e *United States National Library of Medicine* (PubMed).

Por fim, foram utilizados como base seis artigos, além do arquivo de “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Lateral Amiotrófica” disponível no registro nacional do Ministério da Saúde. Os dados foram analisados de forma crítica para desenvolvimento da presente revisão da literatura.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

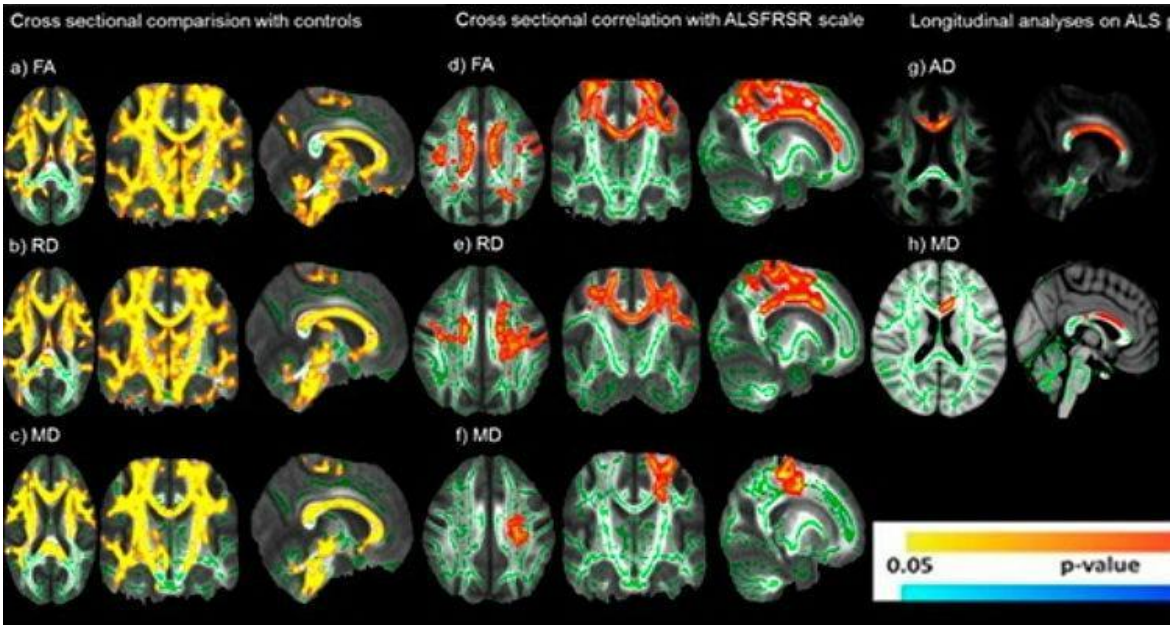
Por se tratar de uma doença neurodegenerativa de abordagem multidisciplinar, a discussão acerca da ELA transpassa a Neurologia e aproxima-se

fortemente do campo da saúde mental, envolvendo tanto a Psicologia quanto a Psiquiatria, tendo em vista o sofrimento emocional que a ELA impõem ao paciente desde os primeiros sintomas até a morte. Trata-se de uma sequência irreparável de perdas com consequências na vida pessoal, familiar e social do sujeito, caracterizando uma morte lenta, gradativa e dolorosa (VOLTARELLI, 2004).

## Etiologia

Apesar de apresentar etiologia ainda indefinida, a comunidade científica acredita e propõe que a ELA seja uma doença de caráter multifatorial que envolve, portanto, tanto fatores ambientais quanto genéticos (Figura 11.1). Vários fatores parecem contribuir para o desencadeamento e evolução da doença, incluindo radicais livres oxidativos, agregados proteicos intracitoplasmáticos, apoptose, excitotoxicidade mediada pelo glutamato e deficiência de fatores neurotróficos. Ressalta-se, ainda, que a mutação na região q21 do cromossomo 21 está associada a 20% das famílias com ELA de herança dominante (LEITE *et al.*, 2015).

**Figura 11.1.** Pesquisadores tentam identificar marcadores genéticos para a Esclerose Lateral Amiotrófica




**Fonte:** MOON, 2017.

## Fisiopatologia

A ELA afeta os neurônios motores inferiores (NMI) localizados no corno anterior da medula espinhal e no tronco cerebral e os neurônios motores superiores (NMS) localizados no córtex cerebral, promovendo a degeneração de seus axônios. Os NMS regulam a atividade dos NMI através de neurotransmissores e ativação dos NMI, por sua vez, permite contração dos músculos voluntários do corpo, além dos músculos da face, boca, garganta e língua (CALADO, 2010).

Os achados físicos da ELA dependem do local onde ocorreu degeneração dos neurônios motores, podendo ser cervical, bulbar ou lombar; porém, a principal queixa inicial comum aos três tipos é a fraqueza muscular, evidenciada no exame físico como amiotrofia e redução da força muscular. Os sinais da ELA devem-se, portanto, a degeneração de neurônios motores que leva a atrofias musculares, paralisia flácida ou espástica, diminuição ou ausência de reflexos e problemas de fala. Uma das principais complicações decorrentes da ELA é a diminuição da velocidade de condução nervosa, o que pode resultar em insuficiência cardíaca e respiratória e levar o paciente à morte.

## Tratamento

Por ser uma doença que ainda não apresenta cura, o tratamento da ELA busca desacelerar a evolução da doença, impedir suas complicações e melhorar a qualidade de vida do portador (LEITE *et al*., 2015). Como a comunidade científica sugere que o glutamato, neurotransmissor excitatório do sistema nervoso celular, está envolvido na morte celular característica da ELA, tem-se tratamento com o Riluzole, um neurotransmissor que atua como antagonista à liberação do glutamato. No entanto, os efeitos colaterais do medicamento são consideráveis: efeitos gastrointestinais, anorexia, astenia, parestesias e tonteira.

O uso de medicamentos associado à fisioterapia e aos cuidados respiratórios, fonatórios e nutricionais permitem aos pacientes a manutenção da vida que, no entanto, é fisicamente limitada.

## Sistema Único de Saúde

O Ministério da Saúde, por meio do SUS, oferece aos pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica o tratamento com o fármaco Riluzol, no quantitativo 50 mg, por via oral, a cada 12 horas (RAMOS, 2019).

Como medidas não farmacológicas na ELA, o tratamento pode englobar suporte ventilatório não invasivo, treinamento muscular inspiratório e acompanhamento multidisciplinar, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, com foco a produção de autonomia e o máximo de independência nos diferentes aspectos do cotidiano.

Apesar da disponibilidade de medidas farmacológicas e não farmacológicas no âmbito do SUS, não há qualquer tipo de apoio psicológico e/ou psiquiátrico ao portador, que vivencia um imenso sofrimento psicossocial.

## Sofrimento psicossocial

Considerando todos os aspectos abordados anteriormente, reforça-se o sofrimento psicossocial ao qual o portador de ELA está sujeito desde o início de seus sintomas até o momento de sua morte.

Em termos etiológicos, a incerteza acerca das causas e da origem da ELA confere, logo de início, um sentimento de angústia ao portador na busca por um diagnóstico. Até que se chegue ao diagnóstico, leva-se cerca de um ano desde a manifestação dos primeiros sintomas e, nesse período, o paciente passa por quatro ou cinco médicos, em sua maioria ortopedistas, realizando inúmeros exames complementares para refutar as diversas suspeitas clínicas que surgem muito antes da suspeita de ELA (DIETRICH NETO, 2000). Trata-se de um processo árduo e exaustivo que, no entanto,

não se encerra no momento do diagnóstico. A angústia é, ainda, reforçada quando o paciente descobre tratar-se de uma doença que não tem cura.

No entanto, apesar de todo esse intenso processo, o maior sofrimento está relacionado à fisiopatologia da ELA e à consequente condição vivenciada pelo portador na conjunção de duas entre as principais características da fase avançada da doença. Primeiramente, como consequência do comprometimento da motricidade, ocorre, gradativamente, perda completa da capacidade de se comunicar, seja pela fala, pela escrita ou por gestos. Em segundo lugar, como os aspectos intelecto-cognitivos permanecem intactos, o adoecimento é conscientizado em todos os momentos. Assim, o paciente vivencia um estado conhecido como "síndrome do encarceramento" (CALADO, 2010).

Na ELA, esse "aprisionamento" não acontece logo após o diagnóstico da doença; há todo um processo que resulta neste estado, devido a uma sequência de perdas impostas pela doença. O sujeito, em plena lucidez, passa por uma difícil adaptação na qual passa a depender de terceiros para comer, respirar e desempenhar as tarefas cotidianas. Além disso, precisa parar de trabalhar, afastando-se cada vez mais da sua rotina e de seu convívio social. Tem-se, então, o mencionado sofrimento psicossocial, que representa sérios prejuízos à saúde mental do portador.

## CONCLUSÃO

A complexidade da ELA e a incerteza acerca de sua etiologia caracteriza-a como uma doença misteriosa e de difícil compreensão até mesmo para os especialistas. Um dos aspectos mais intrigantes da doença diz respeito à nulidade de seus efeitos em relação ao psiquismo do paciente, isto é, a mente do sujeito permanece intacta em suas funções cognitivas e intelectuais, apesar do agravado comprometimento físico (CALADO & LANG, 2014). Assim, a ELA não choca somente devido à morte lenta que provoca, mas também devido às características intrínsecas no avanço dos sintomas, promovendo um sofrimento e uma solidão de caráter altamente pessoal ao paciente. Segundo Lorenzoni *et al.* (2006):

> "Diferentemente de outros doentes cronicamente em estado vegetativo ou em coma, os pacientes com ELA geralmente conservam indene a sua capacidade intelectual. O grau de consciência permanece intacto e eles estão perfeitamente conectados ao meio ambiente, vivendo literalmente o drama de sua prisão pessoal". (p. 296)

Assim, entende-se que o estresse emocional da ELA está diretamente relacionado às características da doença, à pouca expectativa de vida, ao fato de ser incurável e à rápida progressão dos sintomas. Com isso, o paciente em progressão passa a ter sentimentos negativos devido à perda da liberdade e da independência associada à necessidade de uso de medidas de apoio – como respirador – além de uma constante ajuda de terceiros (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Diante do exposto, reforça-se a necessidade de ampliação da preocupação em avaliar e analisar os impactos na função emocional do paciente com ELA a fim de subsidiar um planejamento adequado de estratégias psicoterapêuticas no âmbito do SUS. É de extrema importância, em termos da saúde mental, que o sofrimento psicossocial experenciado pelo portador de ELA seja minimizado e que sua qualidade de vida seja ampliada até que se encontre um tratamento efetivo para cura.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALADO, E.F. & LANG, C.E. Psicopatologia fundamental e a morte na doença Esclerose Lateral Amiotrófica. Revista Eletrônica do Curso de Bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Cesmac, v. 3, p. 1, 2014.

CALADO, E.F. O corpo silenciado e a expressão da vida psíquica no sujeito acometido pela Esclerose Lateral Amiotrófica. 2010. 98p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

DIETRICH NETO, F. *et al.* Esclerose Lateral Amiotrófica no Brasil: registro nacional. Arquivo Neuropsiquiatria, v. 53, p. 607, 2000.

LEITE, B. *et al.* Esclerose Lateral Amiotrófica e suas complicações. 2015. [Apresentado no Simpósio de Assistência Farmacêutica do Centro Universitário São Camilo; 2015 Mai 21-23; São Paulo, BR].

LORENZONI, P.J. *et al.* Síndrome da cabeça caída em doença do neurônio motor. Arquivo Neuropsiquiatria, v. 64, p. 118, 2006.

MOON, P. Em busca do diagnóstico precoce para ELA, 2017. Disponível em: < https://agencia.fapesp.br/em-busca-do-diagnostico-precoce-para-ela/25589/>. Acesso em: 01 abr. 2021.

RAMOS, K.A. Esclerose Lateral Amiotrófica. Tratamento no SUS. Terapia com células-tronco. Pesquisa clínica, 2019. Disponível em: https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A91CFA96836906901683912C6E73B3D.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

SIQUEIRA, S.C. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica. Revista Rene, v. 18, p. 139, 2017.

VOLTARELLI, J.C. Perspectiva de terapia celular na esclerose lateral amiotrófica. Revista Brasileira de Hematologia, v. 26, p. 155, 2004.

# CAPÍTULO 12

# TRANSTORNOS DE HUMOR NO BRASIL: PANORAMA SEMIOLÓGICO E PREVENTIVO

*Palavras-chave: Transtorno de Humor; Semiologia; Epidemiologia*

MATHEUS NERES BATISTA[1]
KEISCIELLY ASSUNÇÃO FARIA SILVEIRA[3]
RENATA CRISTINA VIEIRA DE BRITO[2]
JEHOVAHNNA ANTTONIONI SANTOS[1]
ANA CLARA PUGLIA[1]
ELISAMA PEREIRA PINHEIRO[1]
CAMILA LUÍZA PERES[2]
MARCELLA MACIEL RIOS[1]
PEDRO VINÍCIUS TELES GOMES[1]
LANNA DO CARMO CARVALHO[1]
JOEL ALVES DE SOUSA JÚNIOR[1]
ELIANA ALMEIDA NAVES VELOSO[1]
CARLA AZEVEDO ZAIBAK[1]
AMANDA CAROLINA DE MELO GONÇALVES[1]
KAROLINNE DORNELES DIAS[1]
RAFAEL SALLES DE MELO GONÇALVES[1]
MARCOS VINÍCIOS DE FREITAS[2]
DJONATHAN DANIEL FRANKE[1]

1. Discente do curso de Medicina da Universidade de Rio Verde, Campus Goianésia.
2. Discente do curso de Medicina da Universidade de Rio Verde, Campus Aparecida de Goiânia.
3. Discente do curso de Medicina da Universidade de Rio Verde, Campus Rio Verde.

## INTRODUÇÃO

O humor é definido como um tom de sentimento penetrante e sustentado que é suportado internamente e que impacta quase todos os aspectos do comportamento de uma pessoa no mundo externo. Transtornos de humor são caracterizados por perturbações marcantes nas emoções (baixos graves chamados depressão ou altos chamados hipomania ou mania). Esses são transtornos psiquiátricos comuns que levam a um aumento da morbidade e mortalidade (SEKHON & GUPTA, 2018)

Combinados, os transtornos de humor são as condições neuropsiquiátricas mais incapacitantes e uma das quatro principais causas de incapacidade de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que caracterizou os transtornos psiquiátricos como a causa mais indutora de incapacidades em todo o mundo, levando assim a ter uma abordagem específica no Brasil, pois o mesmo, carece de estudos contemplando variações epidemiológicas.

O presente trabalho representa uma descrição detalhada de nossa compreensão e conhecimento atuais da epidemiologia, etiopatogenia e manifestações clínicas dos transtornos de humor e sua comorbidade e sobreposição.

## MÉTODO

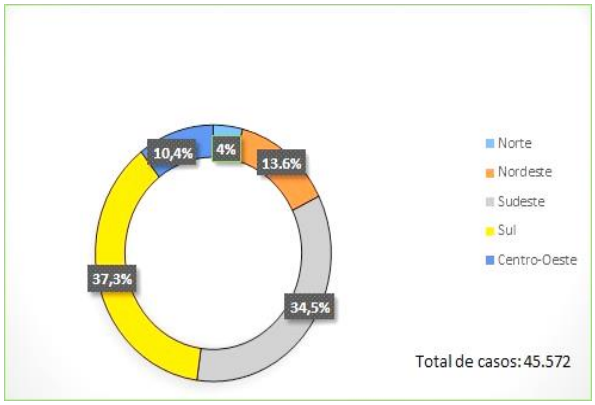
Trata-se de um estudo descritivo, ecológico, de abordagem quantitativa e com delineamento de tendência temporal, fundamentado na coleta de dados secundários, referente aos casos de internações hospitalares de pacientes acometidos por Transtornos de Humor (afetivos), notificados no Brasil, no período de janeiro de 2020 a novembro de 2020. Foi excluído do estudo o mês de dezembro de 2020 por não constar dados no sistema no momento da busca.

Os dados utilizados foram retirados do Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), do DATASUS e disponibilizado no TabNet. A busca foi realizada no dia 03 de fevereiro de 2021, com dados referentes aos últimos seis meses, sujeitos a atualização. A população do estudo foi constituída por 45.572 pacientes durante o período analisado. Utilizou-se o software Microsoft Office Excel 2020® para a tabulação e análise dos dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi incluído no estudo um período entre janeiro e novembro de 2020, resultando em um total de 45.572 de casos de internação devido a transtorno de humor no Brasil. Destas, a maior prevalência foi na região sul com 37,3%, seguido pelo sudeste com 34,5%, nordeste com 13,6%, centro-oeste com 10,4% e, por fim, região norte com 4% (Gráfico 12.1).

**Gráfico 12.1.** Casos de internação por mês/2020 no Brasil devido os transtornos de humor




**Fonte:** Informações de saúde (TABNET, 2021).

A história dos transtornos de humor sempre foi marcada por estigmas. Desde as pré concepções de neurose e melancolia por Freud, até a supervalorização da depressão por Melanie Klein, a psiquiatria evoluiu em muitos aspectos em sua tipologia.

Considera-se que tanto a depressão quanto a mania seriam resultado de vários processos psicológicos, ambientais, genéticos e biológicos. Alterações de provas funcionais, modelos de integração neuroquímicos e de comportamento foram observados nos processos de prazer, recompensa e perturbações dos ritmos circadianos em pacientes com transtornos afetivos (LOUZÃ NETO & ELKIS, 2007). Pode-se considerar como circunstâncias desencadeantes para o transtorno de humor os fatores psicossociais como perda de emprego, perda de algum ente querido e até divórcios.

Atualmente, têm-se a sua classificação como: transtorno depressivo, transtorno bipolar (TAB) e seus subtipos, em que a DSM-5 os agrupa em: TAB e transtornos relacionados (TAB tipo I, TAB tipo II, transtorno ciclotímico, TAB e transtorno relacionado induzido por substância/ medicamento, TAB e transtorno relacionado devido a outra condição médica, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado e TAB e transtorno relacionado não especificado) e os transtornos depressivos (transtorno disruptivo de desregulação do humor, transtorno depressivo persistente [distimia], transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância ou medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado).

Além desses, a hipomania é um episódio de sintomas maníacos que não satisfaz os critérios para episódio maníaco. Ciclotimia e distimia são transtornos que representam formas menos graves de transtorno bipolar e de depressão maior, respectivamente (KAPLAN *et al.*, 2017).

Os transtornos do humor são comuns. Nos levantamentos mais recentes, o transtorno depressivo maior tem a prevalência mais alta ao longo da vida (quase 17%) de todos os transtornos psiquiátricos. A taxa de prevalência ao longo da vida para depressão maior é de 5 a 17%, já a incidência anual de doença bipolar é geralmente considerada inferior a 1%, atentando-se às formas mais leves desse transtorno que muitas vezes passam despercebidas (KAPLAN *et al.*, 2017).

A idade de início do TAB tipo I é mais precoce do que a do depressivo maior, variando da infância (a partir dos 5 ou 6 anos) aos 50 anos, ou até mais, em casos raros, com idade média de 30 anos. A idade média de início para transtorno depressivo maior é em torno dos 40 anos, com 50% de todos os pacientes tendo início entre os 20 e os 50 anos (KAPLAN *et al.*, 2017), e estudos têm demonstrado que parentes de primeiro grau de indivíduos com depressão unipolar recorrente têm um risco 2 a 4 vezes maior de desenvolver depressão do que o de sujeitos-controle (GERSHON *et al.*, 1982; SULLIVAN *et al.*, 2001; HALES *et al.*, 2012).

No Brasil, foi realizado levantamento em três capitais. As prevalências globais de depressão e de mania/ciclotimia, respectivamente, foram de 1,5% e 0,3% em Brasília, de 1,3% e 0,2% em São Paulo, e em Porto Alegre representaram 6,7% e 1,0% (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 1997). Os autores concluíram que as diferenças entre as cidades refletiam diferenças socioculturais e de desenvolvimento em cada região (LOUZÃ

NETO & ELKIS, 2007). De acordo com a pesquisa feita no DATASUS, os índices de internações também são prevalentes nas regiões Sul e Sudeste com as taxas de 37,3% e 34,5%, respectivamente. Isso comprova que a cultura e o clima são fatores desencadeantes para o transtorno de humor, de forma que os índices do Centro-Oeste e do Nordeste têm valores mais baixos por terem características diferentes.

O TAB é um problema médico crônico, no qual a intervenção farmacológica é necessária e imprescindível, mas não suficiente para a recuperação e sua manutenção. A psicoeducação do paciente, da família ou do cuidador é fundamental e tem por objetivo oferecer informações sobre a doença, seu prognóstico e as opções de tratamento, propiciando maior entendimento do processo terapêutico e aumentando a adesão (ROSO *et al.*, 2005). Isso pode ser feito diretamente pelo médico ou por meio de encontros psicoeducacionais, muitas vezes promovidos por associações de pacientes ou instituições da rede pública assistencial, assim como pelo fornecimento de folhetos educativos, livros e sites na internet (MORENO & ANDRADE, 2005; LOUZÃ NETO & ELKIS, 2007). De forma que essas medidas preventivas servem para as outras formas de transtornos, além do TAB visando evitar problemas futuros.

Nos Estados Unidos, o custo destinado ao tratamento dos transtornos de humor é estimado em 12 bilhões de dólares por ano, e o custo da perda de renda e de produtividade em decorrência desses é de aproximadamente 33 bilhões de dólares por ano (HALES *et al.*, 2012), o que os especialistas têm chamado de "crise da saúde mental", em que projeções do The Lancet apontam que as consequências econômicas dos baixos investimentos são impressionantes, com uma perda estimada de 16 trilhões de dólares para a economia global devido a problemas mentais (no período de 2010-30) (PATEL *et al.*, 2018), impulsionados em parte pela idade precoce de início e perda de produtividade em todo o curso de vida, salientando a necessidade do diagnóstico precoce em suas fases mais brandas, triagem, rastreamento e encaminhamento para o tratamento adequado com o especialista a fim de melhor qualidade de vida dos acometidos e seus impactos na economia.

## CONCLUSÃO

Os transtornos de humor são um problema de Saúde Pública e afetam negativamente a qualidade de vida do indivíduo. Dessa forma, é fundamental a compreensão por parte da população, familiares e profissionais de saúde.

Ademais, conforme foi observado, a Região Sul foi a que apresentou maior número de internações por transtornos de humor, enquanto que o menor número esteve presente na Região Norte. Isso nos mostra que o conhecimento epidemiológico é importante para que os gestores municipais façam planejamento de ações em saúde e trabalho, para maior qualidade dos serviços oferecidos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-FILHO, N. *et al*. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. British Journal of Psychiatry, v.171, p. 524, 1997.

GERSHON, E.S. *et al*. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. Archives of general psychiatry, v. 39, p. 1157, 1982.

HALES, R.E. *et al*. Tratado de Psiquiatria Clínica. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 1819 p.

KAPLAN, H.I. *et al*. Compêndio de Psiquiatria-Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2017. 1490 p.

LOUZÃ NETO, M.R. & ELKIS, H. Psiquiatria Básica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 712 p.

MORENO, D.H. & ANDRADE, L.H.G. The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the São Paulo ECA study. Journal Affect Disorders. v. 87, p. 231, 2005.

PATEL, V. *et al*. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet, v. 392, p. 1553, 2018.

ROSO, M.C. *et al*. Intervenção psicoeducacional nos transtornos do humor: experiência do Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (GRUDA). Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 27, p. 163, 2005.

SEKHON, S. & GUPTA, V. Mood disorders. In: REID, W.R.*et al*. The Treatment of Psychiatric Disorders. 1ª ed. New York: Routledge. Taylor and Francis, 2018. 432 p.

SULLIVAN, P. F. *et al*. Genetic case-control association studies in neuropsychiatry. Archives of general psychiatry v. 58, p. 1015, 2001

# CAPÍTULO 13

# ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE TECNOLOGIA E SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

*Palavras-chave: Depressão; Criança; Tecnologia*

PRISCYLLA FRAZÃO RODRIGUES[1]
OLÍVIO JOAQUIM FONSECA NETO[1]
JOÃO VICTOR CARVALHO BARBOSA[1]
ISABELLA CABRAL FERRAZ[1]
CLÁUDIO VINÍCIUS BARROSO QUEIRÓS DE LIMA[1]
PEDRO HENRIQUE DE SOUZA[2]
RAPHAELA DA PENHA LINS[3]
RONALDO DE ATAIDE NICACIO SILVA[3]
EVELYN AMORIM DIAS PASSOS[3]
MANOEL PEDRO DE FARIAS SEGUNDO[4]
ELLEN DAYANNE BARROS SILVA[3]
GUILHERME SILVA DE MELO[5]
NADILLY SOBRAL MONTEIRO DOS SANTOS[3]
NATHÁLIA LOPES DE OLIVEIRA[3]

1. Discente – Medicina da Universidade Federal do Delta do Parnaíba.
2. Discente – Medicina da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul.
3. Discente – Medicina na Universidade Federal de Alagoas.
4. Discente – Medicina no Centro Universitário CESMAC.
5. Discente – Medicina no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos.

## INTRODUÇÃO

O uso de mídias eletrônicas está cada vez mais presente entre crianças e adolescentes. O tempo que eles gastam em frente às telas está relacionado ao tipo de tecnologia. Aparelhos que permitem o uso online - como smartphones - captam mais atenção do que os sem acesso à internet, como o telefone celular convencional (LISSAK, 2018). Essas tecnologias podem gerar diversos benefícios aos usuários mais novos, tais como aprendizagem precoce, exposição a novas ideias e conhecimentos, maiores possibilidades de contato, apoio social e novas oportunidades de acesso a mensagens e informações de promoção de saúde (CHASSIAKOS *et al.*, 2016). Contudo, apesar desses benefícios, a exposição à tela vem sendo associada a problemas de saúde psicológica em diferentes faixas etárias.

Em relação aos malefícios entre o público infantojuvenil, estudos discutem que o uso abusivo e frequente de mídias sociais pode estar associado à diminuição do bem-estar individual, bem como das percepções de satisfação pessoal com a vida e com a comunidade (PRIMACK & ESCOBAR-VIERA, 2017). Tal constatação se deve às atuais discussões da relação entre as tecnologias de mídias sociais com problemas psicológicos, tais como: distúrbios de sono, sentimento de solidão, comportamentos suicidas e até a depressão (DRESP-LANGLEY, 2020; ODGERS & JENSEN, 2020). Por conta disso, diversas diretrizes de saúde recomendam que os pais limitem o uso dessas mídias pelos filhos (PAUDEL *et al.*, 2017).

Nesse sentido, faz-se necessário aprofundar o conhecimento acerca de como os jovens, imersos no atual cenário das novas tecnologias, podem ser afetados a ponto de desenvolverem problemas psicológicos graves como a depressão. Através dessa melhor compreensão, será possível prevenir a ocorrência desses casos com maior eficácia no futuro. Visto isso, esse presente artigo objetiva analisar a relação existente entre o uso de tecnologias e problemas com a saúde mental entre crianças e adolescentes.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo revisão literária integrativa, com o intuito de analisar a relação existente entre o uso de tecnologias e problemas com a saúde mental entre crianças e adolescentes.

Para tanto, foram realizadas diferentes etapas metodológicas: identificação do tema, busca e seleção da literatura, a partir de critério de inclusão e exclusão, que irão compor a amostragem; organização e sumarização dos estudos; avaliação crítica dos estudos selecionados; interpretação e discussão dos dados avaliados; conclusão analisada (GALVÃO & PEREIRA, 2014).

Foi realizada a seleção de artigos hospedados em duas bases de dados bibliográficas, PubMed e SCOPUS. A coleta de dados e o levantamento bibliográfico foram realizados no mês de janeiro de 2021. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: "*Depression*", "*Child*", "*Technology*", "*Screen time*". Para o aprimoramento da busca foi utilizado o operador lógico booleano "AND" e "OR", para relacionar termos, e selecionados artigos de relevância ao tema, sendo utilizada a mesma estratégia de busca nas duas bases (Tabela 13.1).

**Tabela 13.1.** Estratégia de busca

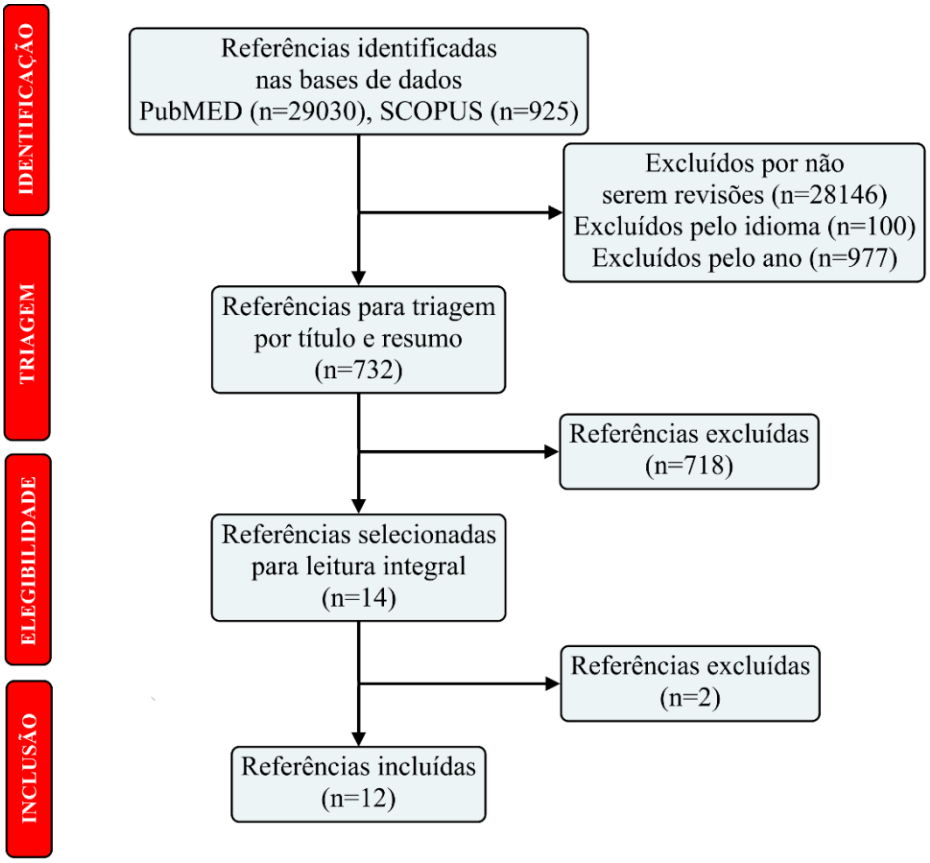
| BASE DE DADOS | ESTRATÉGIA DE BUSCA |
|---|---|
| PubMed | (Depression) AND (Child) AND (Technology) OR (screen time) |
| SCOPUS | (Depression) AND (Child) AND (Technology) OR (screen time) |

Os artigos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigos de revisão publicados em periódicos nacionais e internacionais, disponibilizados em inglês, espanhol ou português, publicados entre 01 de janeiro de 2015 a dezembro de 2020 e que trouxessem informações a respeito da influência do uso de tecnologias no desenvolvimento de problemas na saúde mental, como depressão e ansiedade, em crianças e adolescentes.

Como critérios de exclusão, foram estabelecidos: estudos com títulos não relacionados diretamente ao tema da pesquisa; estudos com resumos portando dados irrelevantes à pesquisa, como também inapropriado ao tema proposto e que estivessem fora do idioma e data considerados.

A seleção dos estudos foi realizada de forma independente por dois pesquisadores para conferir maior rigor à busca e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Foram analisados os títulos, os resumos e textos completos das publicações. As divergências foram resolvidas por consenso e, na sua impossibilidade, por um terceiro pesquisador. Assim sendo, foram considerados válidos e incluídos nessa revisão 12 artigos (Figura 13.1).

**Figura 13.1.** Fluxograma das etapas do processo de seleção dos artigos para revisão



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mídias digitais são uma forma pela qual os usuários podem consumir e criar conteúdo ativamente. Elas podem ser divididas em formas tradicionais, cujo principal representante é a televisão, e as novas mídias digitais, que abarcam computadores, tablets e smartphones (CHASSIAKOS *et al*., 2016). O contato com aparelhos eletrônicos está bastante inserido entre os jovens. O tempo passado em contato com as telas está relacionado à tecnologia utilizada. Mídias com acesso à internet chamam mais atenção do que as sem acesso (LISSAK, 2018).

É incisivamente recomendado que o uso de aparelhos eletrônicos por crianças e adolescentes seja modulado pela idade e pelo estado de desenvolvimento cerebral, cognitivo e psicossocial dos usuários (ROCHA & NUNES, 2020). As diretrizes da Academia Americana de Pediatria (AAP) e da Sociedade Brasileira de Pediatria, por exemplo, preconizam que crianças menores de 2 anos de idade não devem usar mídias eletrônicas e que as maiores de 2 anos devem ser limitadas a menos de 2 horas por dia na frente das telas. Já o Departamento de Saúde australiano sugere que o tempo de uso das mídias digitais para crianças entre 2 e 5 anos de idade deve ser menos de 1 hora por dia (DOMINGUES-MONTANARI, 2017; SAUNDERS & VALLANCE, 2017; ROCHA & NUNES, 2020).

O aumento acentuado de dispositivos eletrônicos e a sua intensa inserção no cotidiano elevam a exposição de crianças a telas desde a primeira infância. Tal realidade é justificada pela maioria dos pais com o argumento de que o conteúdo apresentado nas telas é educacional (DOMINGUES-MONTANARI, 2017), mesmo que, por relatos deles próprios, a maioria das crianças utilizem as mídias para assistir *YouTube* ou *Netflix*, e proporções menores se dediquem a programas educacionais e aplicativos de aprendizagem precoce (CHASSIAKOS *et al*., 2016). Outros utilizam as mídias como um fator para evitar o isolamento social ou entreter e distrair as crianças durante a realização de algumas tarefas (DOMINGUES-MONTANARI, 2017; CHASSIAKOS *et al*., 2016). Ainda, existe uma associação interessante entre o uso de telas por crianças e a idade dos pais, de modo que filhos de pais mais jovens tinham uma exposição maior a telas. Esses fatores contribuem para que, atualmente, as crianças comecem a interagir com as mídias digitais aos 4 meses de idade (CHASSIAKOS *et al*., 2016).

Essa realidade reflete as diferenças socioeducacionais entre os pais. Aqueles com menor poder aquisitivo e baixa escolaridade estão mais propensos a não concordar com a afirmativa de que é possível manter os filhos ocupados longe da exposição às mídias quando em comparação com as famílias com mais nível socioeducacional, ou seja, o tempo de tela como entretenimento reflete a "cultura de tela" associada aos recursos monetários que é conflitante com a necessidade de reduzir o tempo gasto com as mídias digitais como política de saúde (CHASSIAKOS *et al*., 2016; DOMINGUES-MONTANARI, 2017).

O uso de mídias digitais tem se tornado cada vez mais comum entre crianças e jovens. Um estudo de Odgers e Jensen (2020) apontou que, nos Estados Unidos, 95% dos adolescentes têm um dispositivo móvel e que 89% possuem smartphones. Em pesquisa abrangendo 7 países da Europa, a

porcentagem é de 80% entre os jovens de 9 até 16 anos.

Os benefícios desse uso foram mais observados quando ele se dava na escola, sob supervisão de adultos, e quando ele estava restrito a aplicativos e a softwares específicos (ROCHA & NUNES, 2020). Além disso, também pode haver impacto positivo na promoção de participação na comunidade, no engajamento cívico, na conscientização sobre eventos e questões atuais, na inclusão e na conexão de minorias sociais e na disseminação de comportamentos saudáveis. Tudo isso gera uma experiência de maior aprendizado quando há envolvimento ativo dos pais no processo (CHASSIAKOS *et al*., 2016). Segundo Orben (2020), o uso das mídias pode estreitar laços e apoiar indivíduos com problemas de relacionamento. Todavia, Primack e Escobar-Vieira (2017), colocam que há dúvidas se esse contato online é a melhor forma de abordagem de questões mais sensíveis.

Apesar dos benefícios da comunicação eficiente e troca de informações, há uma coexistência entre aspectos positivos e negativos (LISSAK, 2018; ORBEN, 2020), uma vez que a exposição à tela vem sendo associada a problemas de saúde psicológica em diferentes faixas etárias (LISSAK, 2018).

Esses problemas parecem estar associados a fatores sociodemográficos, atingindo, por exemplo, mais os meninos e os jovens de mais idade. O uso de telas também está associado a indicadores físicos e psicossociais preocupantes, além de problemas relacionados ao sono (SAUNDERS & VALLANCE, 2017). Em comparação com o século passado, as crianças têm reduzido em uma hora seu tempo de sono. Essa redução está associada à maior duração da exposição à mídia e a presença de uma TV, computador ou dispositivos móveis na primeira infância, que altera o ciclo circadiano, influenciando negativamente na saúde física e mental dos jovens, além de interferir no seu desenvolvimento psicossocial (LISSAK, 2018; CHASSIAKOS *et al*., 2016; DRESP-LANGLEY, 2020). Lissak (2018), evidencia que o sono desregulado antecede não apenas o desenvolvimento de sintomas depressivos, mas também, comportamentos suicidas. Dessa maneira, insinua-se que um sono sem qualidade é “um fator mediador” que une o tempo de uso de tela noturna com os sintomas de depressão e ideação suicida entre jovens.

Em relação ao comportamento das crianças e adolescentes nas redes sociais, observa-se que o uso patológico das mídias digitais está diretamente relacionado a problemas de cunho mental. Dresp-Langley (2020) propôs que o vício digital, um transtorno de dependência da internet, causado pelo uso demasiado e improdutivo das tecnologias, produz sequelas graves na função cerebral dos jovens, podendo ser associado com distúrbios mentais importantes, como ansiedade e depressão.

Ademais, sabe-se que quando as mídias digitais são usadas de forma passiva, isto é, para navegar por perfis de redes sociais, vídeos e fotos distintos, sem uma interação virtual com outros indivíduos, aumentam-se as comparações com as irrealidades sociais, econômicas e de beleza corporal, expostas nessas redes, podendo acarretar em inveja, problemas de autoestima, declínio do bem-estar e da satisfação de vida, que são comemorativos para o impacto negativo sobre a saúde mental dos usuários (ORBEN, 2020; HOGE *et al*., 2017; CHASSIAKOS *et al*., 2016).

Outrossim, alguns estudos mostram que o uso excessivo de determinadas tecnologias, como os smartphones, estão associados com o desenvolvimento de comportamentos de dependência das mídias sociais. Atitudes disfóricas quando a bateria do telefone acaba, preocupação demasiada com a internet, crises de abstinência, perda do autocontrole e negligência de outras atividades cotidianas têm sido relatados e, aparentemente, estão profundamente associados com a gênese de distúrbios depressivos e ansiosos entre os jovens, além do progresso de comportamentos suicidas nesse grupo (SOHN *et al*., 2019; ODGERS & JENSEN, 2020).

Outro ponto importante é quanto ao tipo de tela. Os sintomas depressivos mais graves não estão associados à TV, mas sim ao uso do computador e jogos de vídeos que continuam muito populares entre os jovens, sendo que 4 em 5 residências americanas possuem um console. Já a gravidade da ansiedade é ligada aos videogames, sendo que em ambos os casos, os efeitos se acumulam com a idade (DOMINGUES-MONTANARI, 2017; CHASSIAKOS *et al*., 2016).

Além disso, os efeitos das mídias digitais sobre a saúde mental dos indivíduos variam com a idade. Em um estudo com bebês tailandeses de 6 a 18 meses, observou-se que o maior uso de televisão estava relacionado à reatividade emocional, agressividade e comportamentos de externalização (CHONCHAIYA *et al*., 2015; DOMINGUES-MONTANARI, 2017). Da mesma forma, a exposição excessiva à televisão por crianças entre 2 e 3 anos de idade aumento o risco de atitudes de vitimização durante os anos escolares iniciais (DOMINGUES-MONTANARI, 2017). Em um estudo com australianos de 10 a 16 anos, visualizou-se que os jovens que seguiam as recomendações sobre o tempo de tela de forma mais rigorosa tiveram menor propensão de referir depressão, melhor desempenho acadêmico e melhora da autoestima (KREMER *et al*., 2014; DOMINGUES-MONTANAR, 2017). Corroborando com esses dados, um trabalho com 2500 estudantes canadenses de 12 a 18 anos demonstrou que a duração do tempo de exposição a telas estava associado à gravidade da depressão e ansiedade (MARAS *et al*., 2015; DOMINGUES-MONTANAR, 2017).

Outro problema importante relacionado às mídias digitais que interfere na saúde mental dos infantes é o *cyberbullying*. As novas tecnologias permitiram a ampliação da violência presencial, para uma forma de agressão virtual, por vezes muito mais maléfica (LA TORRE *et al*., 2020). Estima-se que entre 11% e 48% dos adolescentes já estiveram relacionados com o *cyberbullying*, seja como agressor ou como vítima (HOGE *et al*., 2017). Observou-se que tanto os agressores quanto as vítimas costumam relatar mais níveis de depressão e baixa autoestima. Ademais, as vítimas ainda correm mais riscos de ideação suicida e de tentativas de suicídio (CHASSIAKOS, 2016).

O uso patológico das novas tecnologias também favorece bastante o chamado *sexting*. Esse consiste na transmissão de imagens nuas ou seminuas dos usuários, bem como de mensagens de texto com conteúdo sexualmente explícito. Estima-se que cerca de 12% dos jovens entre 10 e 19 anos já praticaram o *sexting*. Conforme alguns autores, essa postura pode ser um indicativo de desafio psicossocial e comportamento social de risco, além de estar relacionado com sintomas de depressão, automutilação, impulsividade e atitudes suicidas, sobretudo

quando os dados são divulgados pelas redes sociais (CHASSIAKOS, 2016; LA TORRE *et al.*, 2020).

## CONCLUSÃO

Diante dos objetivos delineados pelo presente artigo, observa-se que, apesar dos variados benefícios adquiridos com advento e evolução das novas tecnologias - como a possibilidade infinita de aprendizado e aproximação de pessoas -, há uma intrínseca relação entre o aumento de distúrbios de desenvolvimento e de saúde mental no público infantojuvenil e o uso desenfreado das mídias digitais.

A exposição excessiva, cada vez mais cedo, às novas mídias sociais está associada às crescentes taxas de distúrbios de ansiedade, pânico, depressão e ideação suicida. Assim, urge que o seu uso seja realizado junto aos pais, com equilíbrio e moderação, a fim de que crianças e adolescentes apresentem pleno potencial de amadurecimento físico, mental e psicossocial evitando, ao máximo, as consequências catastróficas desses problemas.

De acordo com os estudos analisados, o acesso facilitado não deve estimular posturas não educacionais e atitudes antissociais - visto que observamos, por vezes, o afastamento do "mundo real" e a dependência das mídias sociais - assim como engatilhar sofrimento psicológico, desencadeado por comparações e percepções errôneas de um mundo online perfeito. Essas questões, comumente presentes, apenas contribuem para o desenvolvimento das enfermidades supracitadas. Em virtude disso, a participação familiar se constitui como essencial nesse controle, sempre considerando a idade e o tipo de conteúdo consumido adequados em cada caso.

Sugere-se, por fim, maior exploração deste importante tema como forma de, no futuro, melhor apoiar a saúde mental das novas gerações na era digital.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHASSIAKOS, Y. (LINDA) R. *et al*. Children and Adolescents and Digital Media. Pediatrics, v. 138, e20162593, 2016.

CHONCHAIYA, W. *et al*. Elevated background TV exposure over time increases behavioural scores of 18-month-old toddlers. Acta Paediatrica, v. 104, p. 1039, 2015.

DOMINGUES-MONTANARI, S. Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. Journal of paediatrics and child health, v. 53, p. 333, 2017.

DRESP-LANGLEY, B. Children's Health in the Digital Age. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, p. 3240, 2020.

GALVÃO, T.F. & PEREIRA, M.G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 23, p. 183, 2014.

HOGE, E. *et al*. Digital Media, Anxiety, and Depression in Children. Pediatrics, v. 140, p. S76, 2017.

KREMER, P. *et al.* Physical activity, leisure-time screen use and depression among children and young adolescents. Journal of Science and Medicine in Sport, v. 17, p. 183, 2014.

LISSAK, G. Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study. Environmental Research, v. 164, p. 149, 2018.

MARAS, D. *et al*. Screen time is associated with depression and anxiety in Canadian youth. Preventive Medicine, v. 73, p. 133, 2015.

ODGERS, C.L. & JENSEN, M.R. Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. Journal of Child Psychology and Psychiatry, v. 61, n. 3, p. 336–348, 2020.

ORBEN, A. Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 55, p. 407, 2020.

PAUDEL, S. *et al.* Correlates of mobile screen media use among children aged 0–8: a systematic review. BMJ Open, v. 7, e014585, 2017.

PRIMACK, B.A. & ESCOBAR-VIERA, C.G. Social Media as It Interfaces with Psychosocial Development and Mental Illness in Transitional Age Youth. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, v. 26, p. 217, 2017.

ROCHA, B. & NUNES, C. Benefits and damages of the use of touchscreen devices for the development and behavior of children under 5 years old-a systematic review. Psicologia, Reflexão e Critica : revista semestral do Departamento de Psicologia da UFRGS, v. 33, p. 1, 2020.

SAUNDERS, T.J. & VALLANCE, J.K. Screen Time and Health Indicators Among Children and Youth: Current Evidence, Limitations and Future Directions. Applied health economics and health policy, v. 15, n. 3, 2017.

SOHN, S.Y. *et al*. Prevalence of problematic smartphone usage and associated mental health outcomes amongst children and young people: a systematic review, meta-analysis and GRADE of the evidence. BMC Psychiatry, v. 19, p. 356, 2019.

LA TORRE, J.A. *et al.* Relationship Between Depression and the Use of Mobile Technologies and Social Media Among Adolescents: Umbrella Review. Journal of Medical Internet Research, v. 22, e16388, 2020.

# CAPÍTULO 14

# OS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE À COVID-19

*Palavras-chave: Profissionais de Saúde; Coronavírus; Saúde Mental*

VITÓRIA GABRIELE BARROS DE ARAÚJO[1]
JORGYANNE GONZALEZ COSTA[1]
BÁRBARA LEITE DA SILVA[1]
ALANA MENESES LEAL FONSÊCA[1]
JOÃO VICTOR VIEIRA DE BRITO SILVA[1]
ALICE BENICIO DO NASCIMENTO[1]
MARIA CLARA GOMES DOS REIS[1]
ANA PAULA DE CARVALHO SOUZA[1]
RAMIRES DOS SANTOS MORAES[2]
NÁGILA SILVA ALVES[3]

1. Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Piauí – UESPI.
2. Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário UniFacid.
3. Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Santo Agostinho.

## INTRODUÇÃO

O Coronavírus foi descoberto em dezembro de 2019, na China, e em 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza como estado de pandemia o surto mundial da doença causada pelo novo coronavírus denominada como COVID-19, que trouxe aos profissionais de saúde um novo cenário nunca antes vivenciado. Mundialmente, até 20 de abril de 2020, foram confirmados 2.423.470 casos de COVID-19 com 166.041 óbitos, sendo o Brasil atualmente, o país do mundo com o maior número de mortes diárias e com a maior taxa de contaminação (BEZERRA *et al*., 2020). Os profissionais de saúde vem enfrentando além do coronavírus, condições de trabalho instáveis, em um ambiente marcado pela insegurança, falta de equipamentos, infraestrutura inadequada, hospitais em lotação máxima e pelos riscos neles presentes, influindo em níveis altos de desgaste profissional, adoecimento físico e psicológico, má qualidade de vida e a falta de assistência à saúde mental (BEZERRA *et al*., 2020; MORAIS *et al*., 2021).

A instabilidade caótica que esses profissionais estão vivendo, vem trazendo à tona o adoecimento mental, no qual centenas de profissionais se veem chegando ao seu limite, principalmente aqueles que estão na linha de frente no combate da covid, dentre eles destacam-se os trabalhadores de terapia intensiva, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos dentre outros que estão em contato com os casos mais graves e lutam diariamente para manter esses pacientes vivos, da forma mais humanizada possível (PORTUGAL *et al*., 2020). Esses profissionais da saúde, além de lidar com perdas dos pacientes e familiares, lidam com o medo e a incerteza de perderem suas próprias vidas e a de seus familiares, ao verem colegas falecendo, vítimas do coronavírus (SCHMIDT *et al*., 2020).

Além de tudo isso, as longas jornadas de trabalho, o medo diante do vírus, as incertezas profissionais vivenciadas diariamente, as inúmeras percas, estresse e a pressão sofrida para manter várias vidas estão causando grandes impactos na saúde mental desses profissionais elevando as taxas de ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e comportamentos sociais negativos o que pode implicar no adoecimento mental e grandes prejuízos, temporários e permanentes (BEZERRA *et al*., 2020). É sabido que na situação pandêmica, houve um aumento do adoecimento mental, principalmente dos profissionais de saúde, mesmo para aqueles que não se expuseram diretamente ao coronavírus, pôde-se observar ansiedade, raiva, desesperança, medo de se infectar e vir a óbito, medo de perder pessoas queridas, insônia, sensação de desamparo e até mesmo culpa pelo adoecimento de alguém (NABUCO *et al*., 2020).

Existe na literatura poucos artigos relacionados ao tema vivenciado atualmente por esses trabalhadores, considerando essa lacuna, o objetivo deste estudo foi analisar os impactos na saúde mental dos profissionais de terapia intensiva frente à COVID-19.

## MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa e análise qualitativa da literatura pesquisada. Somando-se todas as bases de dados nacionais e internacionais, foram encontrados 28 (vinte e oito) artigos, sendo 09 (nove) nacionais e 19 (dezenove) internacionais do último ano, disponíveis nas

plataformas digitais PubMed, SciELO, PEDRO e LILACS, através dos descritores "*mental health*", "COVID" e "*health professionals*". Dentre os quais foram selecionados 9 (nove) artigos, aqueles com maior relevância em relação ao tema: a saúde mental dos profissionais de terapia intensiva frente a pandemia da COVID-19.

Foi escolhido esse período temporal devido ao surgimento da pandemia da COVID-19, em março de 2020 declarada pela OMS. Alguns dos artigos selecionados dentre os 28 (vinte e oito) não preenchiam critérios para o estudo em questão, por não relacionarem o tema saúde mental, COVID e profissionais de saúde, sendo um critério de exclusão. Alguns dos estudos citavam apenas a saúde mental da população geral durante a pandemia da COVID-19, o que não se encaixa de maneira adequada no presente estudo. Após cuidadosa leitura dos artigos selecionados, foram escolhidos temas que são prevalentes na nossa realidade: Os impactos na saúde mental dos profissionais de terapia intensiva frente à COVID-19.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pandemia da COVID-19, tem-se debatido bastante a respeito da saúde mental, tanto dos pacientes como dos profissionais de saúde, pois além do físico esses trabalhadores necessitam de cuidados com a saúde mental para que possam ser efetivos no combate ao coronavírus, principalmente, aqueles que estão na linha de frente no combate. Frente a isso será discutido as principais informações acerca dos impactos na saúde mental dos profissionais de terapia intensiva frente à COVID-19.

Segundo Bezerra *et al.* (2020), os profissionais da saúde que atuam na linha de frente em meio à pandemia do coronavírus, encontram-se em situações estressantes, acarretando uma sobrecarga maior de preocupação, trabalho, ansiedade e depressão, diante das mortes e longos turnos de trabalho. Atrelado a isto, existe ainda a exaustão psíquica e a falta de equipamentos essenciais, que os tem colocado em situações extremas no ambiente hospitalar. Esses profissionais que estão na linha frente na terapia intensiva, estão mais propensos a desenvolver problemas psíquicos como a depressão, ansiedade, insônia, angústia, e físicos como a exaustão, e com medo de ao retornarem aos seus lares, prejudicarem os seus familiares, necessitando de medidas para mantê-los saudáveis, como a melhoria das condições de trabalho até a disponibilidade de recursos para prestação da assistência, treinamentos adequados, otimização das exaustivas jornadas de trabalho e meio propício para o descanso durante o plantão.

De acordo com Cruz *et al*. (2020) os estudos recentes sobre os impactos na saúde mental dos profissionais de saúde que estão na linha de frente, foram observados a relação entre o temor pela exposição ao contágio, a situação de isolamento e confinamento e as medidas de quarentena implementadas, como causadoras de distúrbios de ansiedade e depressão. De acordo com os profissionais expostos diretamente a contaminação, há registros de exaustão, redução da empatia, ansiedade, irritabilidade, insônia e decaimento de funções cognitivas e do desempenho, e no curto período de tempo em que a pandemia se expandiu, ocorreu um aumento da prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), especialmente fadiga e agressividade, estresse agudos, episódios de pânico, a manifestação de preditores de TEPT, depressão e ansiedade,

não apenas nos profissionais, mas na população de modo geral.

Segundo Duarte *et al*. (2020) ainda que o isolamento social seja apontado como a fonte de ansiedade e estresse, essa não foi a única variável encontrada, outros achados podem indicar que o distanciamento social e a diminuição de contato físico com as pessoas durante a pandemia por si só não é um fator de risco para o adoecimento mental, mas que há influência de outros fatores nesse contexto. Já ficou claro que a pandemia trouxe questões desafiadoras para o cuidado da saúde mental dos trabalhadores da linha de frente, evidenciando a necessidade de um trabalho conjunto da equipe hospitalar, para o auxílio desses profissionais, buscando estratégias que visem evitar o adoecimento mental e fazer com que se sintam apoiados caso necessitem de ajuda (MORAIS *et al*., 2021).

Desse modo vários estudos evidenciam as mesmas questões encontradas entre os profissionais de saúde atuantes na linha de frente da COVID-19, sendo observado em alguns estudos, outros agravantes, responsáveis pelo adoecimento mental dessa população:

> "Existe o medo de ser infectado e da suscetibilidade à morte devido ao curso da doença pouco conhecido, tornando os impactos na saúde mental evidentes, sendo no contexto pandêmico, fatores como condições inadequadas, carga excessiva de trabalho, quantidade reduzida de equipamentos de proteção individual e falta de habilidades específicas geram sentimentos de medo, angústia e desamparo, levando esses profissionais a enfrentar mudanças mais severas no seu cotidiano, que comprometem seu bem-estar psicológico e sua saúde mental, repercutindo em esgotamento físico e mental. E mesmo aqueles profissionais que não atuam na linha de frente, são passíveis de apresentarem sofrimento psíquico e podem vivenciar o fenômeno de "traumatização secundária", a partir do qual embora a pessoa não sofra diretamente um trauma ela é afetada e passa a apresentar sintomas psicológicos decorrentes da empatia pelas vítimas de um evento específico." (MOREIRA *et al.*, 2020)

> "Os profissionais de saúde que acompanham pacientes infectados ou que podem apresentar a doença estão particularmente expostos a grande estresse, especialmente aqueles que atuam na saúde pública, em serviços de atenção primária, emergência e UTIs, apresentando duplo risco: contaminação e comprometimento da saúde mental, lidando ainda com a angústia e sensação de impotência relacionadas à limitação quantitativa e qualitativa dos testes diagnósticos e recursos terapêuticos para a COVID-19. Vivenciando também, fadiga, solidão, isolamento dos familiares e escassez de equipamentos de proteção individual (EPI). Aqueles expostos aos casos mais graves e mortes apresentam risco aumentado de desenvolver TEPT." (NABUCO *et al.*, 2020)

> "Observa-se que os problemas enfrentados entre os profissionais de saúde durante a pandemia são semelhantes, independentemente da localização geográfica, da estrutura física e recursos humanos. Entanto, todos os profissionais sofrem as mesmas pressões psicológicas, principalmente pelo medo diante da incerteza das condições futuras, tendo em vista a proporção da pandemia em países desenvolvidos e no Brasil que possui menos recursos, onde a calamidade nos serviços de saúde já existe antes do coronavírus." (PORTUGAL *et al*., 2020)

> "Observa-se que os sintomas psicológicos mais comuns ressaltados, foram principalmente, o estresse, medo, pânico, ansiedade, culpa e tristeza que geram sofrimento psíquico e podem ocasionar o surgimento de transtornos de pânico, transtornos de ansiedade, TEPT e depressão." (PEREIRA *et al*., 2020)

> "Muitos profissionais da saúde no Brasil não têm experiência de atuação em emergências de grande porte, como é o caso da COVID-19, o que representa um estressor adicional, logo, sugere-se a realização de intervenções voltadas à orientação sobre sintomas psicológicos que profissionais da saúde podem apresentar nesse contexto (ex., estresse, depressão, ansiedade e insônia), bem como estratégias de enfrentamento e autocuidado (ex., gerenciamento de estresse e importância dos momentos de descanso).'' (SCHMIDT *et al*., 2020)

## CONCLUSÃO

Portanto, esses profissionais atuantes na linha de frente da terapia intensiva, encontram-se em situações de estresse físico e mental, apresentando inúmeros problemas psíquicos mensuráveis a curto prazo como, a síndrome de Burnout, TEPT, depressão, ansiedade, medo frente à morte e o receio de perder familiares, dentre outros, que estão afetando negativamente a sua saúde mental e ainda aqueles que não foram mensuráveis, sendo de fundamental importância a existência de meios para que esses trabalhadores recebam assistência para manter e preservar sua saúde mental frente à COVID-19, é preciso frisar que, assim como os pacientes, esses profissionais também possuem pessoas que os amam, para as quais precisam voltar.

Estes necessitam de um olhar mais sensível voltado às suas necessidades físicas, mentais e espirituais. Medidas para mantê-los saudáveis devem ser realizadas, desde um ambiente de trabalho estável até a assistência para melhorar suas habilidades, mais recursos, diminuição das jornadas exaustivas de trabalho e um ambiente propício ao descanso desses trabalhadores durante o plantão, além de turnos de folga plausíveis com a rotina exaustiva e assistência psicológica e psiquiátrica para esses profissionais (BEZERRA *et al*., 2020).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, G.D. *et al.* O impacto da pandemia por covid-19 na saúde mental dos profissionais da saúde: revisão integrativa. Revista Enfermagem Atual in Derme, v. 93, e020012, 2020.

CRUZ, R.M. *et al*. COVID-19: Emergência e impactos na saúde e no trabalho. Revista Psicologia Organizações e Trabalho, v. 20, 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.

MORAIS, C.P.T. *et al.* Impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde que trabalham na linha de frente da covid-19 e o papel da psicoterapia. Brazilian Journal of Development, v. 7, p. 1660, 2021.

MOREIRA, W.C. *et al.* Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a covid-19: Scoping Review. Texto & contexto - Enfermagem, v. 29, e20200215, 2020.

NABUCO, G. *et al*. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 15, p. 2532, 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. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 9, e652974548, 2020.

PORTUGAL, J.K.A. *et al.* Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 46, p. e3794, 2020.

SCHMIDT, B. *et al*. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Estudos de psicologia, v. 37, e200063, 2020.

# CAPÍTULO 15

# TERAPIAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

*Palavras-chave: Terapias Alternativas; Terapias Complementares; Saúde Mental; Saúde Holística*

LARA ALIPRANDI ROCHA[1]
ENZO BOECHER HORSTH[1]
CINDY SICYLIA DAMM SEPÚLVIDA[1]
EDUARDO CASELLA MARQUES[1]
LUISA COLNAGHI PADILHA[1]
CARLOS EDUARDO FAVORETTI DE SOUZA[1]

1. Discente do Curso de Medicina da Universidade Vila Velha.

## INTRODUÇÃO

Terapias Alternativas são meios de promoção da saúde ao paciente de maneira holística, visando o bem-estar pela prevenção da doença e seus sintomas, além da integração e equilíbrio entre corpo, mente e espírito, avaliando todas as partes do ser humano em conjunto. O termo "complementar" é utilizado quando a prática está complementando o tratamento da medicina tradicional do ocidente, enquanto o termo "alternativa" se aplica a terapia e substitui completamente o tratamento convencional.

Métodos alternativos e complementares foram encontrados na perspectiva oriental dos cuidados de saúde (como arteterapia, musicoterapia, aromaterapia, homeopatia, yoga e acupuntura), sobre os quais serão abordados parâmetros como história, contextualização, prática clínica e sua correlação com saúde mental.

O objetivo deste estudo foi avaliar dados com comprovação científica sobre as diferentes abordagens de terapias alternativas e complementares na saúde mental e analisar, de maneira imparcial, sua efetividade, palpabilidade e aplicabilidade prática em pacientes.

## MÉTODO

Levantamento bibliográfico nas bases de dados SciELO, PubMed e Sci-Hub, com as palavras-chave "terapias alternativas", "saúde mental", "história", "homeopatia", "aromaterapia", "acupuntura", "musicoterapia", "yoga", "arteterapia" e seus correspondentes em inglês. Foram ofertadas mais de 200 publicações ao se buscar os termos nos bancos de dados. O critério de seleção utilizado avaliou o ano de publicação dos artigos, o local de publicação e seus resumos. Após essa averiguação, foram selecionados 40 artigos, no período entre 1965 e 2020, que apresentavam conteúdos relevantes para o tema, que abordassem individualmente as terapias alternativas selecionadas para o capítulo, a história das terapias alternativas selecionadas para o capítulo e concomitantemente saúde mental e terapias alternativas. Além de todos os critérios ressaltados, também foi utilizado como critério de seleção os aspectos éticos das pesquisas, excluindo aqueles que não estavam de acordo com as resoluções que regem as pesquisas em seres humanos no Brasil.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa revisão abordará separadamente sobre arteterapia, musicoterapia, aromaterapia, homeopatia, yoga e acupuntura como formas alternativas e complementares de terapia.

### Arteterapia

#### Conceito e história

Ao regressarmos no passado longínquo da história, para os primeiros registros de expressão artística, veremos que o homem sempre dialogou com conteúdo internos e externos através de produções simbólicas, pinturas rupestres, modelagem no barro, desenhos. A arte para o homem pré-histórico teria um sentido místico, se referia ao mundo invisível dos espíritos. A arte foi relacionada à forma e função, o trabalho do homem como construção de sua própria cultura. No mundo árabe, em hospitais destinados somente a pessoas com distúrbios

psiquiátricos, por volta do século XII, eram utilizadas manifestações artísticas como dança música, narrativas de contos e espetáculos como forma de cura da alma (PEREIRA & FIRMINO, 2010).

Pode-se entender que, uma condição fundamental para a criação em arte é formar uma reflexão de sentido, talvez um centro interior avaliador. Então a criação instrutiva torna-se terapêutica. Neste sentido, entende-se que as práticas artísticas podem funcionar como terapia, pois, a viabilidade e importância da arte como tratamento na área de saúde mental é uma prática que vem somar ao acompanhamento medicamentoso e tratamento psicoterápico individual, propondo uma quebra das práticas psicológicas convencionais.

## Prática da Arteterapia

Embora haja possibilidade de desenvolvimento a partir de inúmeros alusivos teóricos, a arteterapia é definida em todos eles por uma característica comum: a utilização da arte como meio à expressão da subjetividade. O guia central é que a linguagem artística contempla as experiências interiores, ampliando, dessa maneira, a consciência acerca dos fenômenos subjetivos. A arteterapia não tem como finalidade a produção estética em si, ou seja, a produção artística não visa ser perquirida por seu valor estético como obra de arte, ainda que subsequentemente possa ser reconhecida como tal pelo público (REIS, 2014).

Outro ponto pertinente as variadas abordagens é o reconhecimento da função terapêutica inerente à própria laboração artística e profundamente ligada à criatividade. A criação, propriamente dita, é entendida como um processo no qual o indivíduo reorganiza diversos elementos de sua prática, agregando-os de modo diferenciado e, dessa maneira, criando o novo. Pode-se concluir que, para facilitar o trabalho em arteterapia é importante a utilização de materiais expressivos diversos, pois assim, abrange muitas possibilidades e propicia liberdade de escolha aos pacientes. Esses materiais podem servir para estimular a criatividade, e posteriormente desbloquear e trazer à consciência informações anteriormente inutilizadas.

Este lado inexplorado da psique humana ao se externar poderá contribuir para a expansão de toda a estrutura psíquica. Através destes materiais, tintas, pincéis, dos materiais para colagens, da modelagem, da dobradura, máscaras, de materiais naturais, como folhas, flores, sementes, cascas de árvores ou da aproximação e experimentação com elementos vitais como a água, o ar, a terra e o fogo e inúmeras outras possibilidades criativas, talvez assim surjam as características necessárias, para que cada indivíduo entre em contato com aspectos a serem aprendidos e moldados (PEREIRA & FIRMINO, 2010).

Portanto, entende-se a arteterapia como prática que tem por finalidade resgatar a criatividade na vida, ou seja, somar para que o indivíduo aprenda a lidar com as limitações que a vida lhe impõe, tomando o protagonismo de sua própria vivência.

## Arteterapia e a saúde mental

A arteterapia, embora seja uma prática relativamente nova no Brasil, já possui comprovação experimental de sua eficácia. Tomando por objeto a experiência de um dos grupos terapêuticos desenvolvidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria

Executiva Regional III - órgão da Prefeitura Municipal de Fortaleza -, que funciona em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC). Esse grupo se utiliza dos processos de criação artística e de ações culturais como meios de promover a saúde mental (COQUEIRO *et al.*, 2010).

Em fevereiro de 2008, foi criado o grupo de arteterapia intitulado *Amigos da arte*. A princípio, o grupo contava com 15 membros, dentre homens e mulheres, com idades variando de 20 a 54 anos. O estímulo terapêutico inicial teve duração de oito meses, apresentando resultados com níveis empiricamente satisfatórios quanto à constância psíquica dos integrantes do projeto. Apesar de não ter critérios específicos para o ingresso nesse grupo, priorizou-se aqueles que manifestavam algum interesse pela arte, visto que para um estudo experimental, esses indivíduos poderiam ser melhor avaliados já que traziam consigo, maior apreço pela produção artística.

Durante as sessões, foram utilizadas duas maneiras diferentes, a proceder de acordo com o estado mental dos participantes no momento da reunião, ou seja, se a maior parte das pessoas apresentava certo grau de inquietação, era utilizada a técnica de relaxamento com sons instrumentais, visando a redução dos níveis de tensão entre aqueles pacientes, permitindo maior fluência emocional e criando um ambiente de profundo contato com os sentimentos. De maneira distinta, se os participantes demonstravam prostração do humor, eram empregadas técnicas de expressão corporal através de interações coletivas, agitações corporais com músicas, visando aperfeiçoar os potenciais emocionais.

Ao fim de todo o fazer criativo, os participantes eram impulsionados a observar suas criações, ponderando sobre suas essências, desde os primórdios da representação artística. É possível afirmar, através de tais resultados, que as pessoas submetidas ao processo de criação da arte apresentaram melhoras expressivas em seus quadros de sofrimento psíquico, visto que a arteterapia tem como base a promoção de relações interpessoais e o autoconhecimento, características que por sua vez são fundamentais para ressignificar a ótica pela qual enxerga-se o mundo e suas imposições.

## Musicoterapia

### Conceito

Musicoterapia é a utilização da música e dos seus elementos por um musicoterapeuta qualificado com um cliente ou grupo como facilitadora e promotora da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização, integração intra e/ou interpessoal no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas para uma melhor qualidade de vida por meio da prevenção, reabilitação ou tratamento (REJANE *et al.*, 1996).

### História

A música foi utilizada de diferentes formas ao longo da história até ser profissionalizada como uma terapia. Na pré-história existiam dois pensamentos sobre a música: (1) servia para exprimir sentimentos (PAHLEN, 1965); (2) estava ligada aos rituais e à comunicação diária (SCHNEIDER, 1957, apud HOLANDA & PUCHIVAILO, 2014).

Na Antiguidade, ela era relacionada à magia e às divindades, havendo mais indícios

de seu uso no Egito e na Grécia Antiga. No Egito é onde se encontrou o primeiro documento escrito registrando a influência da música no corpo humano (BLASCO, 1999; SCHNEIDER, 1957, apud HOLANDA & PUCHIVAILO, 2014).

Na Grécia Antiga ela era considerada a Arte das Musas, forma de revelação divina importante para harmonização do corpo e da mente (TYSON, 1981), o que chama atenção, pois, Platão já a considerava importante para a obtenção da saúde mental e física, sendo que o primeiro uso terapêutico da música vem dos gregos Zenocrates, Sarpender e Arion, os quais tocavam harpa para reduzir os surtos violentos de pessoas com manias, evitando o uso da força física (PODOLSKY, 1954, apud HOLANDA & PUCHIVAILO, 2014).

Na Idade Média a música era utilizada quase estritamente para fins religiosos, entrando para os currículos das faculdades relacionando-a com a teologia no século XII (COSTA, 1989). No século XIII ("epidemia da dança") creu-se que a música e a dança, curavam o tarantismo.

Na renascença a música e a medicina eram associadas através do resgate da teoria dos quatro humores por meio da correspondência entre a música e o equilíbrio dos quatro elementos (água, fogo, terra e ar) comparados aos quatro humores e temperamentos, sendo ela utilizada como prevenção de doenças na época (TYSON, 1981).

Com o advento do Empirismo no fim do século XVIII era abordando os efeitos dos sons no sistema sensorial humano (TYSON, 1981), sendo que Pierre-Joseph, Buchooz investigou sobre a ação da música sobre as fibras musculares de melancólicos. Nos séculos XVIII e XIX, o médico Jean-Étienne Esquiron acreditava que a ordem e a métrica da música poderiam recuperar normas morais, comportamentos socialmente adaptáveis e despertar emoções em seus pacientes, logo, ele a recomendava aos seus pacientes como forma de tratamento psiquiátrico, o que foi disseminado na época (COSTA, 1989).

A musicoterapia usada como profissão teve seu início em meados do século XX, no contexto da Segunda Guerra Mundial, quando foi usada para recondicionamento físico e educacional por meio de terapia ocupacional, de reabilitação e de recuperação física e emocional dos soldados egressos da Segunda Guerra Mundial (TYSON, 1981; BRUSCIA, 2000; CHAGAS & PEDRO, 2008). Em 1950 foi criado A Associação Nacional para Musicoterapia (NAMT) em Nova Iorque, tendo como objetivos comuns em hospitais psiquiátricos: aliviar tensões, estabelecer relações interpessoais, promover o autoconhecimento e melhorar a autoestima (GASTON, 1968, apud HOLANDA & PUCHIVAILO, 2014).

Na década brasileira de 1970 surgiram o primeiro curso de especialização em musicoterapia na Faculdade de Artes do Paraná, e o primeiro curso de graduação em musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música (CBM) no Rio de Janeiro. Alguns nomes importantes para a musicoterapia no Brasil foram Professora Clotilde Leinig e o médico, psiquiatra, psicanalista e musicoterapeuta Rolando Benenzon. A primeira abordava as ações da musicoterapia nas neuroses e nas psicoses esquizofrênicas e maníaco-depressivas em seu "Tratado de Musicoterapia". O segundo descrevia como objetivos da musicoterapia a abertura de canais de comunicação para facilitar a introdução de outras terapias, de forma que, assim, a musicoterapia estaria atuando como coadjuvante e potencializadora de catarses.

## Prática da musicoterapia

A prática da Musicoterapia se utiliza de alguns caminhos nomeados por Bruscia (2000) como "experiências musicais" (recreação; improvisação; composição e experiências receptivas) os quais são associados a diferentes metodologias de aplicação: Metodologia Benenzon - musicoterapia como campo da medicina acreditando que todo indivíduo possui uma identidade sonora singular e exclusiva que pode ser herdada de forma gestáltica, universal, cultural, grupal e complementar; Modelo Nordoff-Robins - musicoterapia criativa que acredita que todo sujeito possui musicalidade e dedicou estudos a crianças portadoras de necessidades especiais utilizando da improvisação para transpor os limites dos quadros patológicos, colocando-a no lugar de criadora ativa; Imagens guiadas e música - prática clínica individualista e subjetiva em que a música exerce um papel de coterapeuta induzindo uma experiência atemporal e estados de consciência que favorecem a criação de imagens; não é indicada para pacientes portadores de transtorno mental grave; Musicoterapia Analítica - música de forma analítica por meio de improvisações como ferramenta para acessar conteúdos inconscientes, possibilitando sua externalização para posterior análise; Modelo de Musicoterapia Behaviorista - assume que o comportamento humano é resultado dos estímulos ambientais externos, colocando a música como potencial modificador comportamental objetivando o controle de comportamentos agressivos ou estereotipados por parte de sujeitos com deficiência mental (ARNDTL & MAHEIRIE,2019).

## Musicoterapia e saúde mental

No tópico sobre a história da musicoterapia foi possível entender como a música estava relacionada à saúde das pessoas de forma que as comunidades se beneficiavam da música para harmonizar o corpo e mente, reduzir surtos e prevenir doenças, por exemplo. Além da atuação técnica, por meio dos métodos musicoterápicos, ela pode atuar socialmente ligada à promoção de saúde coletiva como musicoterapia comunitária (ARNDTL & MAHEIRIE,2019) no cotidiano de comunidades para recriar realidades de vulnerabilidade, garantir cidadania, parceria e coletividade investindo em processos de emancipação de grupos subordinados por meio do trabalho nas formas como os sujeitos são historicamente vistos, ouvidos e compreendidos considerando seu contexto comunitário, aspectos culturais e sociais.

A revisão de artigos científicos quanto a tratamentos musicoterápicos mostra que a musicoterapia traz um atendimento mais humanizado e restaura funções fisiológicas. Isso é possível pois a música estimula diferentes áreas cerebrais resultando em potencial relaxamento corpóreo, o qual influencia diretamente no ritmo respiratório, batimentos cardíacos, secreções glandulares e hormonais. Observou-se que os benefícios que se destacam nos pacientes que adotaram a musicoterapia foram: recuperação da autoconfiança e autoestima, alívio do estresse, conforto, redução da ansiedade e angústia, melhora do humor, serenidade, sistema imunológico fortalecido e, bem-estar psíquico, fator primordial no conceito de saúde.

# Aromaterapia

## Conceito

Os orientais desenvolveram diversos métodos alternativos para tratar várias enfermidades como, dor, ansiedade, depressão e insônia. Dentre tais métodos alternativos destaca-se a aromaterapia, que em uma crescente nos últimos anos.

A aromaterapia é uma terapia prática ou complementar de saúde que utiliza concentrados voláteis de extratos de plantas chamadas óleos essenciais, com objetivo de melhorar o bem-estar físico, mental e emocional (GNATTA *et al.*, 2016).

Cada óleo essencial é único, formado por inúmeras substâncias que propriedades químicas peculiares, que de maneira alguma podem ser reproduzidas em outras substâncias sintéticas mesmo elas aparentando uma semelhança olfativa. Assim ressalta-se a diferença da Aromaterapia que se utiliza de Óleos Essenciais (OE), uma terapia complementar, da utilização de essências artificiais, algo comumente utilizado para perfumar ambientes.

Cabe aqui destacar que o termo "Práticas Integrativas e Complementares" utilizado pelo Ministério da Saúde, em 2006, não inclui a aromaterapia como uma prática complementar, mesmo incluindo diversas outras terapias alternativas como a homeopatia e acupuntura, dentre outras.

Sendo assim, a aromaterapia no Brasil, diferente de outros países como França, não é reconhecida como medicina. Para efeito de curiosidade, na França como citado anterior, a aromaterapia é uma especialidade médica. Entretanto, no Brasil algumas terapias são reafirmadas como especialidades da Enfermagem, e por isso são utilizadas para auxiliar tratamentos.

## Prática da aromaterapia

Os detalhes do mecanismo fisiológico de ação dos óleos essenciais não estão bem estabelecidos, porém a ação do OE depende da via pela qual as moléculas são administradas, podendo ocorrer através de inalação, ingestão ou vias cutâneas.

Na inalação, as moléculas do OE estimulam os nervos olfatórios que possuem ligação direta com o Sistema Límbico (responsável pelas emoções e sentimentos). As moléculas então produzem um sinal que libera estímulos de neurotransmissores, como a endorfina, assim gerando um efeito analgésico na pessoa, produzindo uma sensação de bem-estar e relaxamento.

Ao ser inalada a molécula ainda atravessa o trato respiratório superior, chega as vias aéreas inferiores, onde é absorvida pelos vasos sanguíneos pulmonares e se espalham pelo corpo através da corrente sanguínea.

Ao administrar o OE na pele – via cutânea - as moléculas penetram na pele ou nas mucosas e são absorvidas pelos tecidos até alcançarem a corrente sanguínea por onde se dispersam pelos tecidos do corpo. Ao serem ingeridas, as moléculas de OE são absorvidas na mucosa intestinal, onde atingem a corrente sanguínea e se dispersam pelos tecidos do corpo.

## Referenciais teóricos

O referencial da Aromaterapia segue 3 teorias da enfermagem: a primeira teoria é baseada no importante e indispensável papel que o meio ambiente exerce no processo de cura do paciente. Assim, relembramos os feitos de Nightingale, ao utilizar óleo essencial de lavanda na região frontal dos

combatentes feridos com o intuito de trazer um alívio para eles, ela formou um "microambiente" adequado para o processo de cura. Ao trazermos para os cuidados com a Saúde Mental, podemos por meio da aromaterapia alterarmos ambientes opressivos e monótonos como por exemplo: hospitais e centros de saúde, ao em conjunto com os pacientes escolhermos aromas que evoquem memórias e bons sentimentos.

A segunda teoria de Enfermagem a respeito da Aromaterapia é a teoria de Jean Watson. Segundo Watson a cura é otimizada pelo cuidado transpessoal, pelo toque, de modo que a aromaterapia deve ser exercida em conjunto com toque, massagem ou aplicação suave na pele para que haja essa conexão humano. Ainda na perspectiva desta teoria vale ressaltar que o objetivo final não é apenas a cura, mas sim uma restauração do ser.

A terceira teoria é baseada no princípio que não é possível separar o ser humano do meio que ele vive, onde há uma constante troca de energia. Ao partir do princípio supracitado a aromaterapia representa a inter-relação das pessoas e plantas. As plantas estão representadas nos OE onde o padrão de energia da planta está codificado e realiza uma troca com o padrão de energia das pessoas.

### Aromaterapia e saúde mental

Baseada nas teorias citadas anteriormente, a Aromaterapia pode atuar como terapia complementar ao ser um instrumento que auxilia no tratamento tanto físico quanto psicológico de paciente.

A aromaterapia possui vários relatos de sua utilização contra a ansiedade, atualmente, estão sendo realizados estudos mais aprofundados perante sua utilização na obstetrícia, após indícios de benefícios na utilização de óleos essenciais refletindo na diminuição da ansiedade e da dor no pré e pós-parto.

Mesmo cada indivíduo possuindo uma vivência diferente, gerando memórias afetivas únicas, foram observados padrões de reações de melhora perante a administração de alguns óleos durante aromaterapia no cuidado da saúde mental de diversos paciente.

Em pacientes com ansiedade, diversos óleos podem ser utilizados. Os óleos de lavanda, camomila, manjerona doce e bergamota aumentam o relaxamento do indivíduo, sendo muito utilizado para o tratamento de ansiedade. Pacientes com relatos de traumas emocionais passados são normalmente manejados com óleos essenciais de melissa, gerânio e Ylang-Ylang, pois esses OE estabilizam os eventos emocionais, além de aumentar a autoestima destes pacientes. Pacientes com depressão são submetidos a óleos de Ylang-Ylang, bergamota pois esses possuem ação normalizadora e relatos de melhora dos estados de depressão e tristeza (TABATABAEICHEHR & MORTAZAVI, 2020).

Outros óleos podem ainda trazer maior segurança ao paciente (Patchouli), entre outras alterações de humor.

## Homeopatia

### Conceito

A Homeopatia baseia-se no princípio da utilização de substâncias capazes de causar perturbações na mente ou no corpo de pessoas saudáveis, sob forma diluída, atuando como medicamento para tratar distúrbios semelhantes em alguém doente, qualquer que

seja a causa da doença (THE EUROPEAN COMMITTEE FOR HOMEOPATHY). Portanto sua terapêutica parte do pressuposto de que "coisas semelhantes curam coisas semelhantes", ou "*Similia Similibus Curantum*", e que a utilização de, por exemplo, uma planta capaz de provocar náusea em uma pessoa sadia, caso aplicada a um paciente com dito sintoma, sob forma diluída, atuaria de forma a minimizar os sintomas.

Vale pontuar que a homeopatia não visa combater a doença ou a sintomatologia, ela tem por objetivo tratar o doente. Cura-se o indivíduo que está, naquele momento, apresentando determinado sinal, ao invés de estabelecer como objetivo maior a supressão de determinada manifestação (ALVES, 2005). Assim, estabelece-se uma terapêutica holística que busca reestabelecer o equilíbrio tanto no campo corporal quanto mental, e que torna os sintomas e características inerentes ao paciente mais importantes que a doença reduzida somente ao caráter de manifestações clínicas.

## História

A Homeopatia se originou somente no século XVIII, desenvolvida pelo experiente médico e químico Samuel Hahnemann, o qual, a partir de estudos, experimentos empíricos e análises clínicas impostas a pacientes, categorizou os princípios e ideais dessa nova vertente da medicina nas obras "Organon da Arte de Curar" e "Doenças Crônicas" (BRASIL, 2019). Nos séculos subjacentes essa metodologia terapêutica ganhou força, não somente na Europa, local de sua origem, como também em outros países e em outros continentes, como nas Américas e Ásia.

Hahnemann foi fortemente influenciado por Hipócrates, reconhecido como "O Pai da Medicina", que já pregava na Grécia Antiga princípios que relacionavam o processo de saúde-doença com a harmonia íntegra do corpo (BRASIL, 2019). Ele falava das duas leis de cura que regem a terapêutica, o Princípio dos contrários, em que a terapêutica é dirigida contra o agente causal e que, desaparecida a causa, suprime-se o efeito, e a Lei da semelhança, em que a cura deve proceder de forma semelhante ao que ocorre na natureza.

Com isso foram desenvolvidas as medicinas tradicional, que aplica o "Princípio dos contrários" e o conhecimento acerca da causa e da fisiopatologia da doença para se encontrar uma droga cujo efeito se dá no combate à enfermidade, e a medicina homeopata, que utiliza dos princípios da "Lei da semelhança" e de substâncias passíveis de provocar uma sintomatologia específica no tratamento de pacientes acometidos, ao instigar os mecanismos de autorregulação próprios do organismo, de forma a restaurar o equilíbrio.

## Prática da homeopatia

O médico homeopata deve iniciar a consulta com uma série de perguntas extremamente abrangentes, procurando abordar uma série de questões que não seriam de interesse em uma consulta por um médico tradicional, que visa curar somente a doença. Essa anamnese inortodoxa advém da necessidade de compreender o organismo e o doente, e a partir disso identificar a causa dos desequilíbrios responsáveis pelas manifestações clínicas. Diante desse fato, é comum que o homeopata pergunte sobre hábitos de sono, dieta alimentar,

hereditariedade familiar, traumas emocionais, problemas de infância (FUJII).

O médico homeopata, então, utiliza da prática de uma anamnese ainda mais abrangente, fugindo do preceito de avaliar apenas a queixa principal e fatores determinantes de doença, e traça toda uma linha de raciocínio que pesquisa muito além do padrão para um raciocínio clínico comum. Para isso, os médicos homeopatas precisam de um estudo adequado e condizente com essa especialidade médica, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina através da Resolução nº 1000/80, e pelo Conselho de Especialidades Médicas da Associação Médica Brasileira, em 1990 (CRMSP). Sendo assim, com a intenção de se atuar como médico homeopata, é necessário que se tenha uma especialização de dois anos no Programa de Residência Médica em Homeopatia ou passar em prova de concurso do Convênio AMB/Associação Médica Homeopática Brasileira.

Assim, a partir da complexa anamnese requisitada e com o plano terapêutico traçado, é possível se iniciar um tratamento homeopata único para o paciente, produto do estudo de suas particularidades, utilizando de substâncias dinamizadas (diluídas e agitadas) sob concentração específica para cada indivíduo com o intuito de restaurar o equilíbrio holístico em seu corpo, e, com isso, combater sua enfermidade.

## Homeopatia na saúde mental

Ao avaliar a literatura, é fácil encontrar uma correlação entre os tratamentos homeopáticos e a saúde mental. No livro "Semelhante Cura Semelhante", de Marcus Zulian Teixeira, médico graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com especialização em medicina homeopática pela Associação Paulista de Homeopatia, são evidenciadas diferentes abordagens para enfermidades de ordem psíquica, como ansiedade, depressão, déficit de atenção e insônia, e seus tratamentos adequados.

No que tange à depressão, vale ressaltar um estudo de Relato de Caso de pacientes com depressão no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Jundiaí, São Paulo, em que após um acompanhamento transversal de 7 semanas com 15 pacientes sob tratamento homeopático, 14 deles (93%) apresentaram resposta terapêutica, ou seja, redução maior que 50% nos escores de depressão, sendo que somente um paciente que apresentou piora clínica, o qual foi encaminhado para o tratamento convencional (ADLER *et al.*, 2008).

Já em uma outra pesquisa relativa ao tratamento homeopático sobre 12 pacientes com diagnósticos relacionados a depressão e ansiedade, foi feito um acompanhamento psiquiátrico completo e uma entrevista homeopática, a qual se seguiu à prescrição de tratamentos homeopáticos individuais (DAVIDSON *et al.*, 1997). Sete dentre os 12 participantes (58,33%) declararam ter resposta ao tratamento com base na escala de impressão global clínica, dentre os quais 2 dos 3 (66,6%) pacientes com depressão grave.

Entretanto, mesmo diante de resultados muito promissores, deve-se avaliar o risco de pesquisas tendenciosas e a falta de comprovação científica, através de métodos tradicionais, da efetividade do tratamento homeopático com grupos de controle sob medicação placebo. Uma revisão da literatura demonstrou que a falta de análises clínicas de qualidade e com baixo risco de parcialidade torna a evidência a respeito da efetividade do

tratamento homeopático na depressão restrito (PILKINGTON *et al.*, 2005).

Corrobora-se essa linha de pensamento a partir de uma investigação de casos controlados aleatórios que avaliaram a eficácia do tratamento homeopático ao transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), em que os grupos participaram das mesmas reuniões com o homeopata, o qual podia manejar as drogas homeopáticas e sua concentração no transcorrer das 18 semanas de teste (JACOBS *et al.*, 2005). Os participantes foram selecionados aleatoriamente para receber o medicamento homeopático ou o placebo. Observou-se que ambos os grupos evoluíram no decorrer da pesquisa, entretanto, sem uma diferença significativa entre o grupo placebo e o grupo com medicamento homeopático ativo.

É evidente a existência de eficácia da homeopatia na saúde mental, tanto no tratamento da depressão, quanto em ansiedade e no TDAH. Muitos estudos abrangem essa problemática, apesar de alguns demonstrarem risco de serem tendenciosos. Apesar disso, a homeopatia se depara diante de um grande impasse no que tange aos métodos de comprovação tradicionais, como o estudo com um grupo de controle placebo em detrimento de análises de caso, o que coloca em xeque suas bases metodológicas.

## Ioga

### A prática da ioga

A civilização da Índia antiga, principalmente através do Hinduísmo, é muito conhecida por suas práticas e rituais espirituais, por serem capazes de desbravar o interior para conhecer melhor o exterior. Uma dessas conquistas mais fortemente disseminadas para o Ocidente foi a Ioga, uma prática que foi transmitida por meio da fala por milhares de anos, na qual concede ao desfrutador um caminho para a alegria interior e uma harmonia exterior. No início, além do caráter oral, ela era explicada por meio de analogias e símbolos, por isso sua origem exata é complexa e ainda misteriosa, com relatos de ser um “presente divino”.

No Brasil, a Ioga ainda é algo recente, datando pouco menos de cem anos. A disseminação dessa prática no país é algo ainda incerta, pois foi marcado por uma integração de costumes nacionais com os textos indianos traduzidos de forma não fidedigna.

Por conta de sua origem milenar, a Ioga possui inúmeras vertentes que combinam características e objetivos distintos, o que leva ao praticante escolher a que mais se enquadra nos ideais a serem alcançados. Dentre elas, as principais são: raja (a Ioga real); hatha (a Ioga do esforço extremo, ou, na tradução literal, Ioga do Sol e Lua); jnana (a Ioga do autoconhecimento); mantra (a Ioga das palavras sagradas, servindo como uma prática devocional) e laya (a Ioga da dissolução através de uma concentração profunda) (SARASWATI, 2004). Dentre essas, a hatha Ioga é a mais conhecida atualmente, embora tenha se adaptado e adquirido abrangências maiores que a prevista na Antiguidade.

A hatha Ioga é uma forma mais voltada para as posturas corporais – *asanas* – que se adaptam de acordo com as condições físicas do indivíduo, mas sempre de acordo com as diretrizes anatômicas especificas. Quando feitas da maneira correta, as *asanas* são um poderoso e eficaz modo de refinação da fisiologia, sendo capazes de tratar diversas disfunções fisiológicas. É importante salientar que a Ioga sozinha, embora se envolva com a

mente e o corpo físico, não é capaz de curar definitivamente o indivíduo afetado por comorbidades psíquicas.

Na contemporaneidade, a Ioga como forma terapia física e mental, através de seus ideais holísticos de harmonia e unificação é algo poderoso e eficaz. Já existem relatos de eficácia, associado ao trabalho medicinal, de doenças como asma, diabetes, hipertensão arterial, artrites, depressão, síndrome do pânico, dentre inúmeras outras na qual a ciência convencional – sozinha – não obtém êxito (SARASWATI, 2004). Além disso, também se observa a Ioga como uma válvula de escape para a atual e estressante vida moderna, em que o praticante pode se reconectar consigo mesmo e realinhar o corpo após horas sentados em posições hostis de frente para computadores, por exemplo.

Como forma de incentivo e propagação, em 2014, a Assembleia Geral da ONU (Organização das Nações Unidas) reconheceu a Ioga como uma abordagem holística para a saúde e bem-estar, e determinou o 21 de junho como o dia internacional da Ioga. Em paralelo a isso, o órgão na ONU, a UNESCO elegeu a Ioga como um dos 13 patrimônios imateriais da humanidade, ressaltando seus ganhos trazidos para a sociedade ao longo de toda a sua história.

Na esfera brasileira, o Ministério da Saúde por meio das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), reconheceu alguns recursos terapêuticos como forma de prevenção de doenças e recuperação de saúde. Dentre as práticas abordadas está a Ioga, o que a torna presente, segundo a política, em todas os pontos de atenção à saúde do SUS, principalmente na Atenção Primária. Embora ainda esteja longe do ideal, as PICS estão presentes em 77% dos municípios do país e em todas as capitais (BRASIL, 2020).

## Ioga e a saúde mental

Um estudo clínico indiano comparou a evolução de pacientes do ambulatório de psiquiatria com depressão: um grupo recebeu tratamento exclusivamente com medicamentos e outro teve, aliado à medicação, a prática de Ioga. Ao longo de três meses, foram observadas melhoras significativas no curso da depressão nos pacientes que realizaram a prática da Ioga (HALAPPA *et al.*, 2018).

Paralelo ao estudo acima, foi observado os efeitos da Ioga em pacientes com depressão severa em São Francisco, Califórnia. Foi separado um grupo de 38 pacientes com Inventário de Depressão de Beck (BDI) médio de 20,98 pontos, e ofertou durante 8 semanas aulas de Ioga. Após o tempo estabelecido, mediu-se novamente as pontuações do BDI e foi exibido um declínio drástico apontando uma nova média de 11,51 pontos no grupo praticante (PRATHIKANTI *et al.*, 2017). Existem diversos estudos que apontam resultados semelhantes a esse, associando a Ioga como algo extremamente benéfico para a terapia contra à depressão.

Em segunda instância, foi publicado um ensaio clínico na revista JAMA Psychiatry que analisou a eficácia da prática de Ioga no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. O resultado confirmou a hipótese de que a Ioga, quando aliado a terapia cognitivo-comportamental, garante eficácia no controle e redução da ansiedade em adultos (SIMON *et al.*, 2020).

Em um estudo envolvendo apenas pacientes do sexo feminino, promovido pela Universidade de Hong Kong e pela

Universidade de Columbia, observou como a Ioga e a atividade física em geral melhoram a função neurocognitiva das pacientes com psicose precoce – doença que se caracteriza pela deficiência funcional. Após 12 semanas de análises, conclui-se que a prática de Ioga levou a melhora no aprendizado verbal e na atenção e concentração dos pacientes, e acredita-se que isso se deve ao fato dos movimentos lentos e focados na postura e respiração que a Ioga promove (LIN *et al.*, 2015).

## Acupuntura

### Conceito

A acupuntura (AP) é uma das técnicas empíricas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a qual consiste na estimulação de pontos específicos do corpo (acupontos) por agulhas, com o objetivo de atingir um efeito terapêutico e de cura sobre enfermidades.

O termo acupuntura deriva dos radicais latinos "*acus*" e "*pungere*", que significam agulha e puncionar. Apesar disso, nem toda a acupuntura se dá exclusivamente por intermédio de agulhas como na acupuntura clássica. Com o avanço da tecnologia moderna outros utensílios foram agregados originando subtipos de AP, como: eletroacupuntura (corrente elétrica de baixa voltagem realiza a eletroestimulação das agulhas); acupressão (pressão dos polegares); moxabustão (queima da erva medicinal *Artemísia vulgaris)*; AP com raio laser (caneta de raio laser estimula pontos de energia ou acupontos); AP com ultrassom e AP com radiações infravermelhas.

No Oriente a acupuntura é conhecida há milênios, tendo sua teoria conceituada na China, apoiada no taoísmo. A obra Huang Di Ney Jing: "Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo", escrita na Dinastia Han (206 AC a 220 DC) é um dos livros mais antigos sobre acupuntura. Na atualidade, esta ganhou maior espaço e credibilidade a partir do Seminário Inter-Regional da OMS, realizado em 1979 na China, onde especialistas publicaram uma lista provisória de enfermidades que podem ser tratadas pela acupuntura.

### A prática da acupuntura

A teoria da AP se fundamenta nos princípios do taoísmo onde nosso corpo está sujeito a atuação de duas forças: Ying (negativa) e Yang (positiva). Quando ambas se encontram em harmonia estamos saudáveis, ao passo que quando estão em desequilíbrio ficamos doente. Assim, a acupuntura visa reestabelecer o equilíbrio por meio de estímulos reflexos em diferentes pontos da superfície do corpo.

Os acupontos, localizados em sua maioria nas regiões palpáveis da pele, correspondem aos locais mais responsivos aos estímulos internos visto a grande concentração de terminações nervosas sensoriais. São conhecidos mais de 2000 pontos, os quais estão distribuídos pela superfície corporal em uma rede interligada de meridianos, havendo 12 pares bilaterais de meridianos no corpo, os quais são reconhecidos pela MTC como "canais de energia" onde circulam o sangue e a energia vital (Qi).

Os acupunturistas consideram que a dor é resultado do bloqueio do meridiano causado por uma doença, impedindo a passagem da energia vital (FARIA & SCOGNAMILLO – SZABÓ, 2008; ZHAO, 2008). Quando um acuponto é puncionado,

ocorre uma sensação chamada Deqi, que significa captura de energia vital e que é descrita como um "choque", considerada essencial para a obtenção dos efeitos analgésicos da acupuntura.

A região do acuponto está em relação íntima com terminações nervosas sensoriais, nervos, vasos sanguíneos, tendões, periósteos e cápsulas articulares (WU, 1990). Dessa maneira, sua estimulação possibilita acesso direto ao sistema nervoso central (FARBER & TIMO-IARIA, 1994).

Estudos morfofuncionais identificaram plexos nervosos, elementos vasculares e feixes musculares como sendo os mais prováveis sítios receptores dos acupontos. Outros receptores encapsulados, principalmente o órgão de Golgi do tendão e bulbos terminais de Krause também podem ser observados. Além disso, diversos trabalhos têm demonstrado grande número de mastócitos nos acupontos (HWANG, 1992).

A estimulação dos pontos de acupuntura resulta em degranulação de mastócitos, ativação da cascata inflamatória, alterações de fluxo sanguíneo e linfático e na condução de impulsos nervosos ao sistema nervoso central. Ocorre então, uma resposta local que se espalha ao longo de tempo por todo eixo neural, provocando diversas alterações bioquímicas no sistema nervoso e muitas vezes em todo o corpo (XIE & PREAST, 2007).

## Acupuntura e a saúde mental

No que concerne a desordens psicoterápicas, ao averiguar a literatura é nítido como a acupuntura tornou-se objeto de pesquisa e investigação por muitos especialistas da área da saúde, destacando evidências da sua eficácia em diversos tratamentos a fim de obter uma boa saúde mental. Conforme Han Jisheng, fundador do Centro de Pesquisa em Neurociências da Universidade de Beijing (China), descobriu em 1972, a acupuntura é capaz de modificar neuroquimicamente o sistema límbico (relacionado às emoções) ao induzir o encéfalo e a medula espinhal a produzir uma ou mais substâncias capazes de modificar o limiar da dor (aumento do nível de serotonina), sendo, desse modo, indicada para o tratamento de depressões, enxaquecas e alguns quadros de esquizofrenia, evitando os efeitos colaterais dos antidepressivos tricíclicos. Ademais, outros estudos constataram o aumento da melatonina e a significativa redução da insônia e ansiedade em pacientes tratados com acupuntura durante cinco semanas (SPENCE *et al.*, 2004).

O reconhecimento dessa prática alcança a Atenção Primária do SUS que a oferece em razão das Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), política pública da qual integram 29 procedimentos incluindo os citados nesse capítulo. Para ter acesso a uma das práticas integrativas basta procurar a Unidade de Saúde Básica (UBS) mais próxima, se informar sobre disponibilidade e horários e marcar uma consulta, ainda que nem todas as atividades previstas pelo SUS estejam presentes em todas as unidades.

## Benefícios e contraindicações

Quanto às vantagens da acupuntura temos: aplicabilidade em diversas doenças; tratamento seguro e simples; dispensar o alto consumo de fármacos em certas doenças; melhor prognóstico dos que a utilizam; efeitos positivos na qualidade de vida. É contraindicado o tratamento com acupuntura

durante a gestação; sobre dermatites ou em áreas tumorais; em portadores de marca-passo.

## CONCLUSÃO

Em virtude dos fatos supracitados, conclui-se que as diferentes abordagens terapêuticas alternativas e complementares apresentam resultados significativos no que tange à melhora do paciente, e podem ser apresentadas como um plano terapêutico para pacientes com redução mensurável nos efeitos colaterais e contraindicações (possibilidade em enfermidades que a metodologia ortodoxa não se dispõe como tratamento concreto).

Apesar de serem necessários mais estudos no que concernem às terapias alternativas e complementares, elas se mostram como alternativas viáveis e acessíveis para os pacientes com dados de eficácia em diversos distúrbios de ordem psiquiátrica, psicológica e até fisiopatológica, como ansiedade, depressão e transtorno do déficit de atenção, podendo prover um aumento de sua saúde mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, U.C. *et al*. Tratamento homeopático da depressão: relato de série de casos. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 35, p. 74, 2008.

ALTMAN, S. Acupuncture as an emergency treatment. California Veterinarian, v. 15, p. 6, 1979.

ALVES, J.M. Homeopatia Essencial: Doutrina Homeopática, Matéria Médica, Relações entre os Medicamentos. 1ª ed. [S.l.]: Sete Caminhos, 2005. p. 36-37.

ARNDTL, A. & MAHEIRIE, K. Musicoterapia: dos fazeres biomédicos aos saberes sociocomunitários. Revista Polis e Psique, Porto Alegre, v. 9, p. 24, 2019.

BLASCO, S. P. Compendio de Musicoterapia. Barcelona; Herder; 1999.

BRASIL, Conselho Regional de Farmácia do estado de São Paulo. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. Comissão Assessora de Homeopatia. Cartilha de Homeopatia 3ª ed. São Paulo, 2019.

BRASIL. Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, p. 1-9. 2020.

BRUSCIA, K.E. Definindo Musicoterapia. Rio de Janeiro; Enelivros; 2000. 66p.

CHAGAS, M. *et al*. Musicoterapia desafios entre a modernidade e a contemporaneirdade: como sofrem os híbridos e como se divertem. 1ª ed. Rio de Janeiro; Mauad; 2008. 80p.

COELHO, C.M. *et al*. Qualidade de vida em mulheres praticantes de Hatha Ioga. Motriz: Revista da Educação Física, v. 17, p. 33, 2011.

COQUEIRO, N.F. *et al*. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, p. 859, 2010.

COSTA, C. O despertar para o outro. 1ª ed. São Paulo; Summus; 1989. 128 p.

CRMSP - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. HOMEOPATIA - Área de atuação. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Especialidades&acao=um&esp=31&area=51&acao=dois&campo=hist. Acesso em: 19 mar. 2021.

DAVIDSON, J.R.T. *et al*. Homeopathic treatment of depression and anxiety. Journal of Alternative Therapeutic Health Medicine, v. 3, p. 46, 1997.

FARBER, P.L. & TIMO-IARIA, C. Acupuntura e sistema nervoso. Jornal Brasileiro de Medicina, v. 67, p. 125, 1994.

FARIA, A.B. & SCOGNAMILLO-SZABÓ, M.V.R. Acupuntura veterinária: conceitos e técnicas – revisão. ARS Veterinária, v. 2, p. 83, 2008.

FARRAR, A.J. & FARRAR, F.C. Clinical Aromatherapy. Nursing Clinics of North America, v. 55, p. 489, 2020.

FUJII, C. Homeopatia. Disponível em: <https://christianefujii.com.br/especialidades/homeopatia/>. Acesso em: 19 mar. 2021.

GNATTA, J.R. *et al*. Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception. Journal of School of Nursing USP, v. 50, p. 127, 2016.

HALAPPA, N.G. *et al*. Improvement in neurocognitive functions and serum brain-derived neurotrophic factor levels in patients with depression treated with antidepressants and yoga. Indian Journal of Psychiatry, v. 60, p. 32, 2018.

HOLANDA, A. & PUCHIVAILO, M. A história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde mental: dos usos terapêuticos da música à musicoterapia. Revista Brasileira de Musicoterapia, n 16, p. 122, 2014.

HWANG, Y.C. Anatomy and classification of acupoints. Problems in Veterinary Medicine, v. 4, p. 12, 1992.

JACOBS, J. *et al*. Homeopathy for attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot randomized-controlled trial. Journal of Alternative and Complementary Medicine, v. 11, p. 799, 2005.

LIN, J. *et al*. Aerobic exercise and yoga improve neurocognitive function in women with early psychosis. NPJ Schizophrenia, v. 1, p. 1, 2015.

PAHLEN, K. História Universal da Música. 3ª ed. São Paulo; Melhoramento; 1965. 382p.

PEREIRA, S.B. & FIRMINO, R.G. Arteterapia na saúde mental: uma reflexão sobre este novo paradigma. Univale, 2010. Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Art

eterapianasaudementalumareflexaosobreestenovopara digma.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2021.

PILKINGTON, K. *et al*. Homeopathy for depression: a systematic review of the research evidence. Homeopathy. v. 94 p. 153, 2005

PRATHIKANTI, S. *et al*. Treating major depression with yoga: A prospective, randomized, controlled pilot trial. Plos One, v. 12, e0173869, 2017.

REIS, A.C. Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo. Psicologia Ciência e Profissão, v. 34, p. 142, 2014.

REJANE, L.M.B. *et al*. Definição de Musicoterapia. Revista Brasileira de Musicoterapia, Federação Mundial de Musicoterapia, 1996.

SARASWATI, S.S. Asana Pranayama Mudra Bandha. Tradução de Anderson Takakura. 3ª ed. Munger: New Deelhi: Yoga Publications Trust, 2004. 555 p.

SIMON, N.M. *et al*. Eficácia do Yoga vs Terapia Comportamental Cognitiva versus Educação do Estresse para o Tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada. JAMA Psychiatry, p. 13, 2020.

SPENCE, W. *et al*. Acupuncture increases nocturnal melatonin secretion and reduces insomnia and anxiety: a preliminary reportThe Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences v. 16, p. 19, 2004.

TABATABAEICHEHR, M. & MORTAZAVI, H. The effectiveness of aromatherapy in the management of labor pain and anxiety: A Systematic Review. Ethiopian Journal of Health Science, v. 30, p. 449, 2020.

THE EUROPEAN COMMITTEE FOR HOMEOPATHY. History of Homeopathy. Disponível em: https://homeopathyeurope.org/homeopathy-in-practice/history-of-homeopathy/. Acesso em: 19 mar. 2021.

TYSON, F. Psychiatrich music therapy: Origins and developmente. 1ª ed. Nova Iorque; Creative Arts Reabilitation Center; 1982. 80 p.

WEN, T.S. Acupuntura clássica chinesa. 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 1985. p. 225.

WU, D.Z. Acupuncture and neurophisiology. Clinical Neurology and Neurosurgery, v. 92, p. 13, 1990.

XIE, H. & PREAST, V. Xie's veterinary acupuncture. Oxford: Blackwell, 2007. 376p.

ZHAO, Z.-Q. Neural mechanism underlying acupuncture analgesia. Progress in Neurobiology, v. 85, p. 355, 2008.

# CAPÍTULO 16

# TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL E INDÚSTRIA DA BELEZA: REVISÃO DE LITERATURA

*Palavras-chave: Transtornos Dismórficos Corporais; Body Dysmorphic Disorders; Indústria da Beleza*

**HANNAH BARBOSA LOPES DOS ANJOS[1]**

1. Médica. ICS-Funorte, 2020. Montes Claros, MG.

## INTRODUÇÃO

A beleza é um conceito cultural estabelecido pelos membros de determinada população e influenciado pela história desta sociedade e pelo seu contexto atual, uma vez que padrão de beleza e o conceito de belo não são estáticos, estão sempre sendo modificados (CASTILHO, 2001).

Nos dias de hoje a preocupação com a estética é alvo de atenções e esse interesse pela beleza vem crescendo nos últimos tempos. O culto à imagem atingiu níveis altos e o que se observa é o sacrifício da própria natureza do corpo em prol do padrão de beleza instituído pela sociedade atual. Prova disso é o investimento da Indústria Brasileira de Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos que apresentou um crescimento médio de 10,7% nos últimos 5 anos, tendo passado de um faturamento líquido de R$ 7,5 bilhões em 2000 para R$ 15,4 bilhões em 2005. Houve, neste período, crescimento bem mais vigoroso que o restante da indústria (10,7% de crescimento médio no setor contra 2,1% da Indústria Geral). Nesse mercado, o Brasil ocupa a quarta posição, em destaque para os produtos para cabelo e perfumaria em que o Brasil figura em terceiro lugar (ABIHPEC, 2006).

É sabido que a maioria das pessoas possui certo grau de insatisfação em relação a alguma característica de sua aparência. Entretanto, quando se leva em consideração a ênfase dada a beleza pela cultura atual, é fato que o risco para o desenvolvimento de uma patologia descrita como Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) torna-se substancial (PHILLIPS *et al*,, 2002).

A tentativa de se conceituar as patologias relacionadas à aparência física tem uma longa história. A dismorfofobia, termo original para o TDC, foi descrita por Enrico Morselli, em 1886, em Gênova, Itália, e fazia referência ao "medo da feiura". Janet, em 1903, em Paris, França, descreveu como *l'obsession de honte du corps* – obsessão com vergonha do corpo –, Kraeplin, em 1909, em Munique, Alemanha, o denominou *dysmorphophobic syndrome* (MORSELLI & JEROME, 2001).

Etimologicamente, o termo *dysmorphophobia* deriva do grego *dysmorphia*, que significa feiura, particularmente em relação à face. Porém, o transtorno não é caracterizado simplesmente pelo medo de ter um defeito físico, como o sufixo *phobia* pode sugerir. Os pacientes manifestam polarização da atenção, com custo emocional, cujo foco é uma parte específica do corpo. Desenvolve-se repulsa por essa parte do corpo, que causa interferência em diferentes graus nas relações com os outros e no seu funcionamento social (SARWER *et al.*, 2003).

O TDC é descrito atualmente como "uma preocupação persistente com uma suposta deformidade ou desfiguramento" ou como "uma preocupação com um defeito imaginário na aparência ou uma preocupação excessiva com um defeito físico discreto" quando não melhor explicados por outro transtorno (OMS,1993).

O DSM-IV lista três critérios diagnósticos para TDC:

**A.** O indivíduo preocupa-se com um defeito imaginário na aparência e se uma mínima anomalia está presente, tem preocupação marcadamente excessiva com essa;

**B.** A preocupação deve causar estresse significativo ou prejuízo na vida social, ocupacional ou outras áreas do funcionamento;

**C.** Essas queixas não podem ser caracterizadas como outro transtorno mental, como a anorexia nervosa (DSM-IV, 1994).

Os defeitos concentram-se principalmente na cabeça e no rosto. Porém, qualquer parte do corpo pode ser foco de preocupação, podendo, inclusive, acometer múltiplas áreas simultaneamente. A queixa, pode ainda, se apresentar de forma vaga como um sentimento de feiura generalizada (BARROS, 2014). Em mulheres, pode associar-se a transtornos alimentares ao passo que, nos homens, a preocupação com os genitais e a dismorfia muscular, é comum, gerando a falsa ideia de possuir uma estrutura corporal muito pequena ou insuficientemente musculosa (SHEVAUGN *et al.*, 2018).

Estima-se que 1% a 3% da população geral sofram de TDC e estudos concluem que homens e mulheres apresentam similaridades quanto à maior parte dos aspectos clínicos e demográficos. Em geral tem origem na adolescência, época em que o indivíduo está mais preocupado com a autoimagem e com a vida social, embora existam relatos da sua ocorrência na infância. A média de idade de início é aos 17 anos, e os pacientes podem sofrer por até 11 anos antes de procurar por tratamento específico.

Pode ocorrer um segundo pico de incidência, somente em mulheres, durante a menopausa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Dentre as principais causas do TDC estão os fatores genéticos. Dentre os indivíduos acometidos, 8% têm algum membro da família com esse diagnóstico durante a vida, o que representa de 4 a 8 vezes a prevalência na população geral. O TDC compartilha a hereditariedade com o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), com estudos demonstrando que 7% dos pacientes com TDC tinham algum familiar de primeiro grau com TOC (GABBAY *et al.*, 2003).

A teoria psicanalítica sugere que o TDC emerge de situações em que indivíduos ansiosos, perfeccionistas e tristes são mais suscetíveis a desenvolver esse transtorno. A isso acrescentam-se as experiências vividas, criando-se personalidades suscetíveis com baixa autoestima, insegurança, introversão, dificuldade para as relações interpessoais, neuroses, obsessões, pais críticos e severos, e traumas infantis (ROSS & GOWERS, 2011).

O tratamento da patologia envolve farmacoterapia associada a psicoterapia .O tratamento farmacológico mais promissor parece ser dos inibidores da recaptação da serotonina, como clomipramina e fluoxetina, os antidepressivos mais comumente usados. Em se tratando de psicoterapia, de maneira geral, os sintomas psicológicos e a autoestima apresentam alguma recuperação com a terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Nesse tipo de tratamento, é dada uma nova forma ao TDC, por meio de mudanças de pensamento acerca da aparência física. O paciente é desestimulado a buscar defeitos no próprio corpo e incentivado a diminuir a importância das características físicas. Outros tipos de terapia psicológica podem ser utilizados, como a psicanálise, dependendo do grau do comprometimento psicológico do paciente com TDC e as limitações sociais e relacionais que provoca em seus portadores, levando-se em conta também a própria escolha do paciente pela linha de tratamento em saúde mental e a disponibilidade de profissionais preparados para receber esse tipo de demanda (NEZIROGLU & CASH, 2008).

Diante desses dados e ciente do impacto negativo que o TDC produz, associado ao desconhecimento por parte de

muitos profissionais e aumento do investimento no "mercado da beleza", esse trabalho objetiva o conhecimento a cerca dessa doença sendo de fundamental importância na avaliação criteriosa de indivíduos que externam sinais e sintomas da mesma e na condução e tratamento adequados destes, reduzido os impactos de morbimortalidade já conhecidos.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada no período de Novembro de 2020 a Março de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed e ISI Web of Science. Foram utilizados os descritores: "Transtornos Dismórficos Corporais", "Dysmorphophobies", "Body Dysmorphic Disorders", combinados com "Indústria da beleza" e "Beauty Culture". Desta busca foram encontrados 30 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas Inglês e Português; publicados no período de 1993 a 2018 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 os critérios de seleção restaram 17 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 comorbidade e relação entre TDC e Indústria da Beleza, enfocando tanto aspectos como incidência e características clínicas quanto manifestações específicas, como a gravidade da instituição de padrões de beleza.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca por tratamentos cosméticos, cirurgias plásticas, dietas e a multiplicação de produtos, revistas e tratamentos que vendem a ideia do "corpo perfeito" crescem a cada momento. Nunca a beleza esteve tão inserida num contexto de luta darwinista pela sobrevivência como agora, em que ser belo é ter maiores chances de vitória na vida.

Há um século a indústria da beleza prosperou de forma vertiginosa e vem movimentando bilhões de dólares por ano em todo o mundo. Além disso, a procura por cirurgia plástica vem crescendo no Brasil e segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – SBCP (2006) mostram que o Brasil é o país que lidera o ranking desse tipo de cirurgia no mundo, superando os Estados Unidos. Das cirurgias realizadas no país, 80% têm finalidades estéticas enquanto apenas 20% possuem finalidades reparadoras.

A mídia apresenta um mundo estilizado e idealizado. Programas de televisão, filmes, anúncios em revistas, fotos, são bem iluminados, harmônicos, transmitindo e reforçando a imagem idealizada de perfeição. Imagens de homens musculosos e bem-sucedidos e de mulheres bonitas, atraentes e sensuais são veiculadas ostensivamente em uma tentativa de transferir sentimentos e características do(a) modelo para o produto (SOLOMON & ASHMORE, 1994).

Aliado a esse contexto histórico e na tentativa de encaixe no corpo ideal, além do TDC, outras conseqüências em nome da aparência vem também como outras doenças, como bulimia (Exagero na

ingestão de comida seguido de indução de vômito), anorexia nervosa (Obsessão por um corpo com peso muito abaixo do normal), vigorexia (Obsessão em praticar exercício físico para aumentar a massa muscular) e ortorexia (Mania de comer exclusivamente o que considera saudável, o que pode levar a quadros de grave restrição alimentar).

O TDC além de condição mais comum entre as pessoas interessadas em procedimentos estéticos que na população geral, é, muitas vezes, subdiagnosticada e negligenciada, seja pela falta de conhecimento de profissionais de saúde ou pela vergonha do pacientes em relatarem seus sintomas, mesmo que desejem que seu médico saiba de suas queixas com a aparência. Prova disso é que, em média, o paciente procura tratamento específico somente após onze anos do aparecimento dos primeiros sintomas.

Esses pacientes apresentam prejuízo importante na sua qualidade de vida, com isolamento social e tendência ao suicídio. As ideias delirantes acerca de sua aparência física os fazem buscar tratamentos estéticos que pouco melhoram o grau de sofrimento que lhes é imposto pela doença.

O tratamento com TDC objetiva melhorar a prontidão / motivação e confiança para mudar. Sabe-se que a farmacoterapia e psicoterapia são capazes de melhorar os sintomas em cerca de 40% dos pacientes (PHILLIPS, 1996). Existem ainda poucos estudos sobre o tema e novas opções terapêuticas estão sendo estudadas.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto relacionado à cultura de valorização do padrão ideal de beleza, grandes investimentos financeiros nessa área, subdiagnóstico e gravidade do TDC, torna-se importante que médicos e psicólogos estejam atentos para essa patologia e as abordagens disponíveis, tanto relacionado a suspeita diagnóstica, quanto a tratamento precoce com psicoterapia e farmacoterapia, afim de reduzir a morbimortalidade e o impacto dessa condição na vida dos pacientes

Portando, é fundamental que sejam ofertados treinamentos para profissionais e estudantes de saúde para identificarem pacientes subclínicos ou com queixas que sinalizem a presença do TDC, pois estão em uma posição estratégica para reconhecer os sintomas dos pacientes e conduzi-los ao tratamento apropriado, sabendo que o encaminhamento desses pacientes para o psiquiatra é difícil devido ao nível de juízo crítico prejudicado, eles não reconhecem que sua visão do defeito é distorcida e que as queixas com a aparência são devidas a um transtorno psiquiátrico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIHPEC. Indústria Brasileira de Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos. Disponível em <http://www.abihpec.org.br/>. Acesso em: 12 ago. 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.

BARROS, S. A Contribuição da TCC no Tratamento do Transtorno Dismórfico Corporal. 2017. Trabalho De Conclusão de Curso (Lato Sensu em Terapia Cognitivo Comportamental) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo Comportamental, São Paulo, 2017.

CASTILHO, S.M. A imagem corporal. Santo André: ESEtec Editores Associados, 2001.

GABBAY V. *et al*. New onset of body dysmorphic disorder following frontotemporal lesion. Neurology, v. 61, p. 123, 2003.

MORSELLI, E. & JEROME L. Dysmorphophobia and taphephobia: two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. History of Psychiatry, v. 12, p. 103, 2001

NEZIROGLU, F. & CASH, T.F. Body dysmorphic disorder: causes, characteristics, and clinical treatments. Body Image, v. 5, p. 1, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima revisão. São Paulo: Edusp; 1993. p. 1200.

PHILLIPS, K.A. *et al*. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. The Archives of General Psychiatry. v. 59, p. 381, 2002.

PHILLIPS, K.A. The broken mirror: understanding and treating Body Dysmorphic Disorder. New York: Oxford University Press, 1996.

ROSS, J. & GOWERS, S. Body dysmorphic disorder. Advances in Psychiatric Treatment, v. 17, p. 142, 2011.

SARWER, D.B. *et al*. Body dysmorphic disorder in cos- metic surgery patients. JAMA Facial Plastic Surgery, v. 19, p. 7, 2003.

SBCP. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Disponível em <http://www.cirurgiaplastica.org.br>. Acesso em: 12 ago. 2006.

SHEVAUGN, J.S. *et al*. A systematic review and meta-analysis of cognitive processing déficits associated with body dysmorphic disorder. Behaviour Research and Therapy, v. 107, p. 83, 2018

SOLOMON, M.R. & ASHMORE, R.D. Beauty before the eyes of beholders: The cultural encoding of beauty types in magazine advertising and music television. Journal of Advertising, v. 23, p. 49, 1994.

# CAPÍTULO 17

# TRANSTORNO DO DÉFICIT DE NATUREZA E O SEU IMPACTO NO PROCESSO DE APRENDIZADO PARA A FORMAÇÃO DO SUJEITO HOLÍSTICO

*Palavras-chave: Transtorno do Déficit de Natureza; Sujeito Holístico; Natureza; Neurociência; Processos de Aprendizado*

**ALINE NELI DOS SANTOS[1]**

1. Pós-graduada em Neuropsicopedagogia Institucional pelo Instituto Nacional de Ensino e Metodologia do Ensino de Artes pela FAVENI/ES.

## INTRODUÇÃO

As crianças e os adolescentes estão cada vez mais distantes da natureza, principalmente nas grandes cidades urbanas. As cidades cada vez menos disponibilizam áreas verdes e de lazer para as infâncias e adolescências. O espaço escolar está menos arborizado e a maior parte das atividades escolares é realizada dentro das salas de aula, usando estratégias pedagógicas que não estimulam todos os sentidos humanos, que são: tato, visão, audição, paladar e olfato, e a relação desses sentidos com a natureza. O Transtorno do Déficit de Natureza é um conceito criado por Richard Louv, em seu livro A última criança na natureza (2016).

Em seu livro e encontros públicos, Louv apresenta uma abrangente síntese de pesquisas científicas, em diversos países que relacionam a presença da natureza na vida das crianças e adolescentes com o bem estar físico, emocional, social, espiritual e escolar das mesmas. Segundo o autor, "alguns pesquisadores sugeriram que o déficit de natureza está crescendo mais rápido nos países de língua inglesa, mas também está ocorrendo nos países em desenvolvimento, em geral". menciona que "o Daily Monitor, publicado em Addis Abeba, Etiópia, lançou um apelo em março de 2007 para que os pais tirem as crianças de casa e as levem para áreas ao ar livre comentando que muitos etíopes terão chegado à vida adulta distanciados demais das experiências ao ar livre" LOUV (2016, p. 57). O *Daily Monitor* é um jornal independente de Uganda, país que fica na África.

Richard Louv é estadunidense, jornalista, especialista em direito pela infância e escreveu nove livros sobre temas como família, natureza e comunidade. É cofundador e presidente emérito da *Children & Nature Network*, organização que impulsiona um movimento internacional para conectar pessoas e comunidades com a natureza. Foi um dos principais conferencistas da *American Academy of Pediatrics* e do primeiro *White House Summit in Environmental Education*, segundo dados da sua biografia. De acordo com Louv:

> Uma pesquisadora nos Estados Unidos sugere que uma geração de crianças não só está sendo criada em espaços fechados, como confinada a ambientes ainda menores, Jane Clark, professora de cinesiologia (estudo do movimento humano) da Universidade de Maryland, as chama de "crianças enlatadas", pois passam cada vez mais tempo em bancos de carro, cadeirões e até cadeirinhas para ver televisão. Quando estão ao ar livre, as crianças pequenas costumam ser colocadas em "contêineres"- os carrinhos – e empurradas enquanto os pais andam ou correm. A maior parte desse confinamento é feita por questões de segurança, mas a saúde dessas crianças é comprometida no longo prazo. No periódico de medicina *Lancet*, pesquisadores da Universidade de Glasgow, na Escócia, publicaram um estudo sobre a atividade de crianças de colo; os pesquisadores prenderam pequenos acelerômetros eletrônicos à cintura de 78 crianças de três anos por uma semana. Descobriu-se que elas ficavam fisicamente ativas apenas durante 20 minutos por dia. Padrões semelhantes foram encontrados em crianças da zona rural da Irlanda. Claramente, a ruptura entre infância e a natureza faz parte de um contexto mais amplo: a restrição física na infância em um mundo que está se urbanizando rápido e a experiência na natureza como a maior vítima (LOUV, 2016, p. 57).

Como podemos evidenciar, os estudos nos mostram como o modo de vida desintegrado com a natureza está afetando negativamente o desenvolvimento integral das nossas infâncias e adolescências desde o seu nascimento, pois as crianças estão tendo a sua mobilidade física cada vez mais restrita. Estudos de teóricos importantes, como Jean Piaget, Lev Vygotsky e Henri Wallon, comprovam a importância da relação concreta

com o mundo para o desenvolvimento intelectual, afetivo, social, cultural e motor, principalmente na primeira infância. Jean Piaget foi biólogo, psicólogo e epistemólogo suíço que criou a teoria dos estágios de desenvolvimento, impulsionado pela teoria cognitiva que estuda as fases do desenvolvimento cognitivo humano desde o nascimento do bebê. Lev Vygotsky foi um psicólogo que criou a teoria histórico-cultural. Vygotsky acreditava que o desenvolvimento intelectual das crianças ocorre em função das interações sociais e condições de vida mediadas pela cultura. Henri Wallon foi um filósofo, médico, psicólogo e político francês que estudou o desenvolvimento infantil com ênfase na afetividade e no meio social, segundo a biografia dos autores. Tais estudiosos contribuíram e contribuem com a reflexão sobre o desenvolvimento humano integral, assim como outros que serão apresentados e citados teoricamente no decorrer deste artigo, com a pretensão de trazer reflexões e questões fundamentais para possibilitar refletir sobre a importância de construir estratégias para incluir a natureza na rotina das crianças e adolescentes.

Agora serão apresentadas algumas questões que motivaram a escolha do tema deste artigo: Qual a importância da natureza para o desenvolvimento humano holístico? Há estudos científicos e estratégias pedagógicas que comprovam os avanços no aprendizado de crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizado, transtornos diversos e diferentes tipos de deficiências? Questões como essas são importantes de serem feitas, pois possibilitam gerar disparadores para refletirmos e investigarmos as relações que são fundamentais para o desenvolvimento dos educandos no espaço escolar e na vida comunitária em seus munícipios.

O artigo pretende propor reflexões teóricas que possuam consonância com essas questões, o tema e a relação de como o distanciamento da natureza em seu estado natural (plantas, rios, animais, árvores e outros) está comprometendo o desenvolvimento humano na vida escolar e coletiva dos estudantes.

## DESENVOLVIMENTO

Atualmente o Transtorno do Déficit de Natureza (TDN) não está no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e não está na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10). O TDN é um transtorno linguístico até o momento. Richard Louv não quis criar o conceito com a intenção de gerar mais um Transtorno Mental, mas sim mostrar a relação do TDN com outros transtornos mentais e de comportamento, e principalmente os impactos negativos do TDN no bem estar e no processo de desenvolvimento humano por causa da ausência da natureza (no seu estado de origem) nos ciclos da vida humana e nos espaços que habitamos. Segundo Louv:

> O transtorno do déficit de natureza descreve os custos da alienação em relação à natureza, incluindo a diminuição no uso dos sentidos, a dificuldade de atenção e índices mais altos de doenças físicas e emocionais. O transtorno pode ser detectado individualmente, em famílias e em comunidades - pode até alterar o comportamento humano nas cidades, o que acaba afetando sua estrutura, uma vez que estudos consagrados relacionam a ausência de parques e espaços abertos (ou a inacessibilidade a eles) a altos índices de criminalidade, depressão e outras mazelas urbanas (LOUV, 2016, p. 58).

Como podemos ver, a descrição do TDN evidencia que não se trata apenas de um transtorno que pode ser detectado na esfera individual, mas também nos núcleos

familiares e comunitários, pois o distanciamento da natureza afeta negativamente as nossas relações sociais, nossas relações com os espaços e o nosso jeito de vivenciar e se posicionar no mundo. Outro aspecto notável refere-se aos aspectos da alienação em relação à natureza. Muitas crianças não sabem o processo do próprio alimento que come todos os dias, menos ainda os diferentes tratamentos que ocorrem no processo do alimento até chegar a suas casas (tratamento do solo, plantio da muda ou da semente alimentar, cuidados necessários para o crescimento do alimento, colheita e etc.).

Há crianças que não possuem casas e não fazem três ou quatro refeições por dia, essas crianças têm o seu desenvolvimento humano comprometido por causa da necessidade de vitaminas essenciais para o corpo e a mente, e ficam ainda mais destituídas da relação de sentido com o espaço, por terem direitos sociais constitucionais e humanos violados. Os problemas alimentares ligados à pobreza não se limitam à comida, mas também, ao acesso à natureza. De acordo com Louv (2016), a ausência de espaços arborizados e a inacessibilidade a eles causam diferentes mazelas, como altos índices de criminalidade e depressão. Assim podemos ver que a criminalidade e a depressão estão associadas também a falta da natureza nos espaços de vida, além de outros fatores históricos, econômicos, políticos, culturais e sociais, segundo estudos sociológicos e antropológicos.

O TDN também se refere à falta de atenção e diminuição do uso dos sentidos. Sentimos e nos conectamos com a vida e o mundo por causa dos nossos sentidos. Estes são fundamentais para a construção do nosso conhecimento, pois o nosso Sistema Nervoso Central (SNC) está conectado e operando para o funcionamento dos nossos sentidos e todo o restante do corpo humano. Segundo o Paulo Freire:

> Os homens ao terem consciência de sua atividade e do mundo em que estão, ao atuarem em função de finalidades que propõem e se propõem, ao terem o ponto de decisão de sua busca em si e em suas relações com o mundo e com os outros, ao impregnarem o mundo de sua presença criadora através da transformação que realizam nele, na medida em que dele podem separar-se e, separando-se, podem com ele ficar, os homens ao contrário do animal, não somente vivem, mas existem e sua existência é histórica (FREIRE, 2012, p. 97).

Freire (2012) defendia a consciência crítica e uma educação libertadora que estimulasse a força criadora dos sujeitos. Defendia o processo constante e reflexivo sobre as nossas ações no mundo para que nos tornemos sujeitos que tenham consciência da atividade que exercemos no planeta. O educador reconhecia e importância da busca em si mesmo, na relação com o outro e nas relações com o mundo onde está a natureza. Somos natureza e fazemos parte da evolução humana, segundo o educador, nós também somos sujeitos históricos porque podemos desenvolver a consciência das nossas ações no planeta. Ao contrário dos animais não vivemos por viver e sim existimos por causa da nossa condição histórica e do desenvolvimento da nossa consciência.

Somos seres integrados à natureza, de acordo com Louv:

> Conforme o déficit de natureza aumenta, outro campo de evidências indica que a exposição direta à natureza é essencial para a saúde física e emocional. Por exemplo, novos estudos sugerem que a exposição à natureza pode reduzir os sintomas do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), e melhorar as habilidades cognitivas e a resistência das crianças ao estresse e à depressão (LOUV, 2016, p. 57).

Louv (2016) acompanha pesquisas em diferentes laboratórios, universidades e lugares do mundo que relacionam o aumento do déficit de natureza ao aumento de danos à saúde física e emocional de crianças, adolescentes, mas também em pessoas adultas em geral. Em seus textos há registros de avanços no desenvolvimento emocional, criativo e intelectual de crianças, adolescentes e adultos em diferentes contextos sociais e geográficos, com diferentes dificuldades e transtornos. Há também relatos científicos de pesquisas, pesquisadores e pessoas comuns que reconhecem os avanços que atividades integradas à natureza trouxeram às pessoas, inclusive com deficiência intelectual:

> Pesquisadores suecos compararam crianças em dois ambientes de creche: em um, uma creche que tinha uma área tranquila para brincar, era cercada por prédios altos com vegetação baixa e uma trilha de tijolos; na outra creche, a área para brincar, baseada no tema "ao ar livre em todos os climas", ficava em um pomar cercado por pasto e floresta, ao lado de um jardim rústico com árvores altas e rochas. O estudo revela que as crianças na creche "verde", que brincavam ao ar livre todo dia, independentemente do clima, tinham mais coordenação motora e mais concentração.
> Alguns dos trabalhos mais importantes nessa área foram feitos no Laboratório de Pesquisa Homem-Ambiente da Universidade de Illinois. Andrea Faber Taylor, Frances Kuo e William C. Sullivan descobriram que espaços verdes ao ar livre promovem brincadeiras criativas, melhoram o acesso a uma interação positiva com os adultos e aliviam os sintomas do transtorno de déficit de atenção. Quanto mais verde a área, maior o alívio. Em comparação, atividades internas, como assistir à televisão, ou externas em áreas pavimentadas e não verdes, aumentavam esses sintomas nas crianças (LOUV, 2016, p. 125-126).

De acordo com Louv, os pesquisadores Andrea Faber Taylor, Frances Kuo e William C. Sullivan da Universidade de Illinois descobriram também que:

> (...) a influência positiva da natureza perto de casa para a concentração pode ser mais pronunciada em meninas (de idade entre seis e nove anos) do que em meninos. Em média, quanto mais verde à vista que uma menina tem de casa, mais ela se concentra, menos age com impulsividade e mais consegue prolongar a gratificação. Isso ajuda a ter um desempenho melhor na escola, a lidar com a pressão dos colegas e a evitar comportamentos perigosos, não saudáveis e problemáticos. É mais provável que ela se comporte de maneiras que promovam o seu sucesso na vida, de acordo com os pesquisadores. Talvez, se as meninas são menos propensas ao TDAH biologicamente, como alguns profissionais da área de saúde acreditam, podem apresentar sintomas mais leves e ter uma resposta mais robusta e saudável ao tratamento – seja farmacêutico, seja verde (LOUV, 2016, p. 126).

Louv (2016, p. 127) aponta que, com base nesse estudo realizado nos Estados Unidos, a Universidade de Illinois emitiu uma orientação informal com relação a meninas estadunidenses para os pais e responsáveis. A orientação também se aplica a meninos estadunidenses:

- Encorajá-los a estudar ou a brincar em quartos com vista para a natureza.
- Encorajar as crianças a brincar ao ar livre em espaços verdes e defender o recreio em pátios verdes. Isso pode ser especialmente útil para renovar a concentração.
- Plantar e cuidar de árvores e de vegetação em sua residência.
- Valorizar e cuidar das árvores na comunidade. Cuidar das árvores significa cuidar das pessoas.

As pesquisas (LOUV, 2016, p. 126-127) que foram transcritas mostram como a natureza inserida na rotina das crianças na vida escolar e em família conseguiu ajudar o desenvolvimento intelectual, motor, afetivo, criativo e social das mesmas, e ajudar na concentração/controle da mente e melhora do comportamento das crianças com TDAH.

Louv (2016) registrou que as pesquisas também mostraram que apesar das meninas terem menos propensão a desenvolverem o TDAH, elas são beneficiadas com a interação com a natureza em muitos aspectos positivos, dentre eles: ter mais controle dos seus impulsos, melhoras no aprendizado escolar e mais segurança para enfrentarem a pressão dos colegas, resolvendo os conflitos de maneira mais inteligente e harmoniosa. A melhora que a natureza proporcionou no comportamento das crianças em relação aos adultos é muito instigante, pois muitas vezes há dificuldades geracionais que permeiam a relação dos adultos com os mais jovens e dos mais jovens com os adultos, pelo próprio contexto histórico da humanidade e pelos ciclos distintos de existência.

Um dos fatores interessantes também que a pesquisa da Universidade de Illinois evidenciou foi à estratégia de envolver os pais nas ações da escola através da orientação informal para que os mesmos continuem estimulando os filhos e filhas a permanecerem cada vez mais conectados com a natureza para contribuir com o desenvolvimento saudável e prazeroso dos filhos e filhas. O último item da orientação, por exemplo, estimula as crianças e as famílias a zelarem pela vida ao relacionar o cuidado das árvores com o cuidado à vida das pessoas.

Este estudo pretende trazer reflexões sobre a importância da natureza para a formação do cidadão holístico. Segundo o DICIO, dicionário online de português, o que significa o conceito *holístico*?:

> [Adjetivo] Que considera o todo não somente como uma junção de todas as partes; que busca entender os fenômenos por completo, inteiramente. [Medicina] Tratamento que tem em consideração a pessoa como um todo, não somente como um conjunto de seus sintomas; geralmente, tem métodos diferentes dos tradicionais.
> Que se pode referir ao holismo, à filosofia que busca tudo abranger. Etimologia (origem da palavra holístico). Holista + ico (HOLÍSTICO, 2020)

A palavra *holístico* vem do termo *holos*, que em grego significa "todo" ou "inteiro".

Podemos refletir por meio do conceito da palavra *holístico* como é fundamental entender os fenômenos inteiramente, em seu estado completo. Assim sendo, é possível relacionar a necessidade de estender a compreensão holística ao ser humano e todas as suas dimensões integradoras que possibilitam a construção do seu processo de aprendizado que é único e singular para que ocorra o seu desenvolvimento total. O desenvolvimento humano holístico por visar à formação do cidadão integral está integrado com a vida no mundo e no universo.

A Neurociência está contribuindo muito com o conhecimento sobre o SNC, por investigar como o cérebro funciona e opera, estabelecendo ligações com todo o corpo humano. A pesquisadora Marta Pires Relvas (2015, p. 35) diz que “o sistema nervoso coordena as atividades externas e internas do organismo, produzindo uma integração e a busca em manter a homeostase (equilíbrio) do indivíduo com o mundo externo”. Dessa forma compreende-se que o próprio sistema nervoso age de maneira coordenada e possui partes integradoras que visam buscar o nosso equilíbrio com o mundo externo. É como se o microuniverso corporal humano buscasse sintonia e harmonia com o macro universo. Segundo Relvas:

> (...) é fato que diversas dificuldades de aprendizagem poderão ser resolvidas ou amenizadas quando os educadores tiverem seus olhares focalizados na promoção do desenvolvimento de diversos estímulos neurais que se expõem de forma que se compreendam os processos e os princípios das estruturas do

> cérebro, conhecendo e identificando cada área funcional visando estabelecer rotas alternativas para aquisição da aprendizagem, utilizando-se de recursos sensoriais, como instrumento do pensar e do fazer. É fundamental que educadores conheçam as estruturas cerebrais como interfaces da aprendizagem e que sejam sempre um campo a ser explorado. Para isso, os estudos da biologia cerebral vêm contribuindo para a práxis em sala de aula, na compreensão das dimensões cognitivas, motoras, afetivas e sociais no redimensionamento do sujeito aprendente e suas formas de interferir nos ambientes pelos quais perpassam. A formação do sistema nervoso nos faz entender melhor a adaptação sensório-motor dos seres vivos e, por consequência, dos sujeitos aprendentes, haja vista que os mais primitivos dos humanos e os atuais ajustam-se continuamente ao meio ambiente, que é mutável, com a finalidade de preservação da espécie (RELVAS, 2015, p. 34).

Relvas (2015) defende a ideia que quando os professores tiverem mais conhecimentos, sensibilidade e foco no estudo do SNC e o seu funcionamento, mais eles conseguirão desenvolver atividades que potencializem as formas de aprender de cada sujeito, levando em consideração sempre a potência cerebral de cada indivíduo e não somente as dificuldades. É importante planejar as atividades pedagógicas levando em consideração as dificuldades, mas o ser humano não pode ser reduzido apenas as suas dificuldades, é preciso criar uma cultura que valorize os fatores positivos que cada pessoa possui para poder aprender. Se os professores conseguirem estimular o processo de aprendizado de cada sujeito, poderão contribuir com a construção da autonomia do educando e a inteligência do mesmo, sendo assim, o educando conseguirá substâncias educativas para a construção do próprio aprendizado. Quando se foca na potência cognitiva e emocional de cada sujeito, consegue-se fomentar, investigar e investir em estratégias que possibilitam o aprendizado pessoal de cada sujeito buscando formas de estimular as diferentes potencialidades que cada cérebro possui. Compreender o cérebro humano é um exercício contínuo, segundo as pesquisas em Neurociências.

Os estudos de Neurociência estão contribuindo muito com os avanços de como o cérebro aprende. Relvas (2015) destaca que a biologia cerebral está ajudando muito na prática da sala de aula no entendimento das dimensões cognitivas, motoras, afetivas e sociais e menciona como a formação do sistema nervoso nos faz entender melhor a adaptação sensório-motor dos seres vivos e o processo evolutivo cerebral mostrando que assim como os cérebros mais primitivos humanos que se adaptaram ao meio ambiente que sofreu mudanças, os cérebros atuais também ajustam-se ao meio ambiente que sofre mudanças com objetivo da preservação da própria espécie.

Através dos estudos apresentados, pretende-se fazer refletir a importância de criar estratégias e ações educativas para estimular o aprendizado através do meio e das relações que estabelecemos no mundo. Os estímulos positivos e os negativos interferem na nossa vida de formas diferentes e opostas. Se um professor inferioriza um estudante por não entender a forma como o cérebro de tal estudante aprende, ele pode gerar traumas que podem resultar em bloqueios, principalmente no cotidiano escolar quando o educando não consegue aprender determinado conteúdo; mas se um professor se aprofundar em conhecer o estudante, o cérebro humano, as emoções, as potencialidades do mesmo e como o corpo pode funcionar e aprender de diferentes formas, o professor terá mais chances de encontrar estratégias que consigam estimular o educando a aprender. As pesquisas apresentadas no presente artigo mostram como a natureza presente na vida dos educandos pode estimular e melhorar a

concentração para o aprendizado e como o distanciamento pode impactar negativamente o desenvolvimento humano.

O distanciamento da natureza em seu estado de origem pode ser um grande fator prejudicial para o desenvolvimento holístico das infâncias e adolescências. Ailton Krenak é um ambientalista, líder indígena e escritor brasileiro da etnia Krenak, e tem feito contribuições interessantes e urgentes sobre o genocídio indígena nas Américas, a mudança climática, a destruição da natureza e as consequências catastróficas de tais ações para a subsistência da vida de diferentes espécies no planeta. De acordo com Krenak:

> Quando, por vezes, me falam em imaginar outro mundo possível, é no sentido de reordenamento das relações e dos espaços de novos entendimentos sobre como podemos nos relacionar com aquilo que se admite ser a natureza, como se a gente não fosse natureza. Na verdade, estão invocando novas formas de os velhos manjados humanos coexistirem com aquela metáfora da natureza que eles mesmos criaram para consumo próprio. Todos os outros humanos que não somos nós estão fora, a gente pode comê-los, socá-los, fraturá-los, despachá-los para outro lugar do espaço. O estado de mundo que vivemos hoje é exatamente o mesmo que os nossos antepassados recentes encomendaram para nós (KRENAK, 2019, p. 67).

Krenak (2019) reflete em seus textos como a natureza não está fora, mas também dentro. Segundo o autor, o ser humano é natureza porque seres humanos são seres biológicos, históricos, sociais e culturalmente construídos. Ele menciona como é importante reordenar as relações humanas e dos espaços para imaginarmos um outro mundo possível, referindo-se a um mundo integrado com a essência da natureza humana em equilíbrio e relação com a biodiversidade global. O autor faz críticas às invocações que as sociedades fazem das atitudes de gerações antepassadas que viviam sobre o domínio das elites econômicas, e que construíram a metáfora da natureza que só serve para consumo próprio, pois a cultura das gerações antepassadas e a cultura da geração atual permanecem com o pensamento de que os seres humanos e os animais que estão fora dessa metáfora de natureza, onde a humanidade não é parte integradora porque vê a natureza como algo externo e não interno, podem ser violentados, excluídos, extintos, destruídos e despachados para outro lugar do espaço.

O autor afirma que o estado de mundo que vivemos hoje é o mesmo do passado recente porque há perpetuações práticas de destruição de etnias, de animais e seres vivos presentes em todo o ecossistema para que permaneça um projeto econômico excludente, predatório e que faz o ser humano perder a solidariedade, a essência de conexão integradora com a natureza e não se reconhecer como natureza (KRENAK, 2019). Este estudo acredita que a conexão integradora com a natureza pode impactar positivamente a sensibilidade humana e permitir que o sujeito se reconheça como natureza.

De acordo com as filósofas Marcia Tiburi e Nadja Hermann:

> O sensível força o sujeito a lidar com as novas possibilidades geradas na experiência. Por isso, tenho interesse pela experiência estética, pois o que ela provoca em nossos sentidos e nossa imaginação tem uma força irresistível na ampliação das relações com o mundo, inclusive com a ética. Essa força tem mais efetividade para ampliar nossa sensibilidade moral que a justificação racional de regras. E a experiência estética ocorre em vários âmbitos da vida, na natureza, no esporte, na pintura corporal, nas tatuagens primitivas em diferentes cenas do cotidiano, na música, no cinema e na televisão, na leitura de um livro, no jogo com uma criança (TIBURI e HERMANN, 2014, p. 85).

Tiburi e Hermann (2014) consideram que a sensibilidade auxilia o sujeito com as

novas possibilidades que surgem através da experiência. Por isso ela afirma que tem interesse pela experiência estética, pois vê a experiência estética como estimulador dos sentidos e da imaginação dos seres humanos e acredita que isso tem uma força grandiosa e significativa para ampliar as relações dos sujeitos com o mundo. A filósofa destaca a importância da sensibilidade estética, pois defende que a mesma possibilita mais efetivação no exercício da sensibilidade moral para a consolidação da ética, do que a justificação pela justificação racional das regras. A filósofa exemplifica como a experiência estética está presente em diferentes espaços por onde passamos e fortalece a importância de como é fundamental os sentidos estarem conectados em diferentes espaços e contextos para a construção da sensibilidade humana.

Tiburi e Hermann (2014) consideram a Arte e a experiência estética fundamental para a emancipação do sujeito, pois acredita em uma educação para a sensibilidade. Como vimos, ela mencionou a natureza, a música, o esporte, a pintura expressa em diferentes formas, o audiovisual, a leitura e o jogo que pode ser de diferentes tipos e formas para contemplar a cultura lúdica que a criança está inserida como sujeito histórico e de direitos. De acordo com Tiburi e Hermann (2014, p.86): "a sensibilidade, como a entendo, atua sobre o nosso pensar e não dispensa a dimensão cognitiva e racional. Ao contrário, o sensível amplia nossa própria racionalidade, aprimora argumentos, remete a novas dimensões do problema em questão, refina a nossa relação com o mundo".

Para Tiburi e Hermann (2014), o sensível está articulado e integrado com a dimensão cognitiva e racional. Segundo a autora, a sensibilidade amplia a nossa racionalidade, melhora os nossos diálogos e argumentos, permitindo novos pontos de vistas para o problema da falta de ética ou outro problema em questão, possibilitando até mesmo novas elaborações e perspectivas para solucionar diferentes tipos de problemas e melhorar a nossa relação com o mundo.

A sensibilidade, na visão deste estudo, é uma excelente ferramenta de transformação e criatividade, mas tão pouco usada nos processos de aprendizado e que está conectada com o mundo natural e o modo como percebemos as coisas no mundo e na vida.

As relações humanas sofrem em um mundo que prioriza cada vez mais transformar o ser humano exclusivamente em consumidor. Segundo Milton Santos (2013, p. 65) "a globalização mata a noção de solidariedade, devolve ao homem à condição primitiva do cada um por si e, como se voltássemos a ser animais da selva, reduz as noções de moralidade pública e particular em quase nada". Milton Santos mostra em seus textos como o atual modelo de globalização destrói a ideia de solidariedade tornando os indivíduos mais egoístas, insensíveis e antiéticos com o espaço geográfico.

Milton Santos foi um dos mais importantes geógrafos e intelectuais brasileiros, e por isso é respeitado internacionalmente. Santos fez grandes contribuições nas ciências humanas, principalmente na geografia. O geógrafo foi holístico ao unir diferentes ciências para fazer uma análise profunda dos contextos territoriais e os danos causados pela fragmentação do território atrelado as desigualdades sociais, o contexto histórico, um modelo de globalização que desrespeita a biodiversidade, povos originários e a vida na terra. Santos expõe em seus textos como as sociedades são moldadas pela cultura

estadunidense e europeia, apesar das críticas profundas e necessárias, o geógrafo acredita que uma outra globalização seja possível. De acordo com Santos:

> O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população. Um faz o outro (...). A ideia de tribo, povo, nação e, depois, de Estado nacional decorre dessa relação tornada profunda (SANTOS, 2013, p. 96-97).

O território, segundo Santos (2013), é muitas coisas que constroem a identidade de um povo, mas não é só um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de coisas criadas pelo homem, já que toda matéria prima que constrói os objetos do nosso cotidiano vem da natureza. De acordo com o geógrafo, o território é também a soma do chão que estamos mais todos nós que estamos nele, e essa relação constrói a nossa identidade, pois pertencemos ao território e ele nos pertence. Sobrevivemos por causa da terra e de todos os alimentos que comemos e os objetos que construímos porque extraímos da natureza. O geógrafo afirma que o território é a base nas nossas relações de trabalho, moradia, troca material e espiritual, e todas as vidas que dependem da influência/existência dele. Santos diz que nós nos fazemos em conjunto e por isso a ideia de tribo, comunidade, nação, estado e outras formas de relação em grupo decorre dessa relação profunda.

A escola é um grupo social constituído por crianças e adolescentes diferentes que precisam de professores e gestores compreensivos, inspirados, investigadores, amantes, criativos e entusiasmados com a potência da emancipação humana. Este estudo acredita que a escola pode inserir a natureza no espaço escolar e fomentar uma educação sensível, democrática, ecológica, criativa, científica e emancipadora. O vínculo com a natureza poderia melhorar muitos aspectos globais do desenvolvimento humano e contribuir para a formação de cidadãos holísticos.

Louv (2016) chamou a atenção e mostrou diversos estudos que comprovam como a natureza é benéfica para o bem estar global das crianças e adolescentes em diferentes classes sociais e contextos, e trouxe também a reflexão sobre a importância de que se a natureza reduz os sintomas negativos de muitos transtornos e dificuldades no aprendizado, a ausência da natureza pode ser um fator agravante tanto no caso do TDAH, como em casos de outros transtornos, deficiências ou dificuldades no aprendizado.

## CONCLUSÃO

Objetivou-se que este artigo científico proporcionasse mesmo que de maneira muito sintetizada, mas com objetividade, estrutura e interesse significativo pela pesquisa científica em áreas tão necessárias e que precisam ser exploradas para a compreensão, a reflexão e o desenvolvimento de estratégias educativas que melhorem a vida escolar dos estudantes integrados com a natureza para formação do cidadão holístico com foco nas questões que foram levantadas, e nas preposições teóricas dos diferentes pesquisadores que foram apresentados no decorrer deste estudo para abordar o TDN.

Este estudo compreende que é necessário permanecer em constante

investigação com o objetivo de contribuir com a evolução pessoal dos pesquisadores e a evolução da sociedade que estes estão inseridos, pois acreditamos que o conhecimento acadêmico tem mais utilidade quando consegue atender as necessidades da humanidade, ajudando sempre a construir pontes integradoras para transformar o ser humano no melhor que o ser humano pode ser, pois essa melhora provavelmente impulsionará a melhora na comunidade que o mesmo está inserido.

Espera-se que o artigo consiga contribuir com reflexões teóricas acerca da educação e diferentes áreas do conhecimento, principalmente sobre a importância da presença da natureza na vida das infâncias e adolescências, e espera-se também que o artigo contribua com um olhar mais apurado, humanizado e que busque enxergar a força verde criadora que está muito além das paredes de concreto que cercam as pessoas do mundo, e que se forem conectadas com o corpo holístico humano poderá ajudar a humanidade no (re)encontro com o extraordinário

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. [Ed. especial]. - Rio de Janeiro: Nova Fronteira: Editora Saraiva, 2012.

HOLISMO. INFO ESCOLA. c2020. Página inicial. Disponível em: https://www.infoescola.com/filosofia/holismo/. Acesso em: 02 mai. 2020.

HOLÍSTICO. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: https://www.dicio.com.br/holistico/. Acesso em: 02 mai. 2020.

HOLÍSTICO. SIGNIFICADOS. c2020. Página inicial. Disponível em: https://www.significados.com.br/holistico/. Acesso em: 02 mai. 2020.

KRENAK, A. Ideias para adiar o fim do mundo. 1ª ed. São Paulo: Companhia Das Letras, 2019.

LOUV, R. A última criança na natureza. 1ª ed. São Paulo: Editora Aquariana, 2016.

RELVAS, M.P. Neurociência e Transtornos de Aprendizagem: As Múltiplas Eficiências para uma Educação Inclusiva. 6ª ed. - Rio de Janeiro: Wak Editora, 2015.

SANTOS, M. Por uma outra globalização do pensamento único à consciência universal. 23. ed., Rio de Janeiro - São Paulo: Editora Record, 2013.

TIBURI, M. & HERMANN, N. Diálogo/Educação. 1ª ed. São Paulo: Editora Senac, 2014

# CAPÍTULO 18

# REDES SOCIAIS E TRANSTORNOS ALIMENTARES NA JUVENTUDE

*Palavras-chave: Feeding and Eating Disorder; Social Media; Self Concept*

CARLA CAROLINA ALVES LOPES[1]
BEATRIZ PELLEGRINI CASTRO[1]
CAMILA DA COSTA PAULA[1]
GABRIEL BUFFON CUPERTINO[1]
LARISSA OTTONI ESTEVANIN DE PAULA[1]
ISABELA PIMENTA SANNA[1]
LEONARDO ISOLANI E ANDRADE[1]
PAULO JOSÉ SOARES ANDRÉ OLIVEIRA[1]
TAMARA RODRIGUES FONSECA SOUZA[1]
RHODOLFO CAMPOS SIQUEIRA DINIZ[1]

1. Discente do curso de Medicina, Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu.

## INTRODUÇÃO

A modernização dos meios sociais trouxe consigo grandes mudanças nos padrões estéticos e, junto a isso, o aumento significante da prevalência de distúrbios de saúde mental. Essa necessidade criada de ter uma autoimagem positiva, promove um desenvolvimento deturpado de noções de peso e aparência física, incongruentes com a realidade, impelindo as pessoas a se submeterem a procedimentos estéticos e implementarem drásticas mudanças na alimentação a fim de se tornarem mais próximas do padrão idealizado.

A teoria da identidade social destaca que tais mudanças da aparência estão relacionadas com gênero e idade do paciente, sendo que os que se identificam com o gênero feminino buscam a perda de peso, já os que se identificam com o gênero masculino procuram o ganho de massa corporal (TREASURE *et al.*, 2020). Esse comportamento pode ser o estopim para o desenvolvimento de transtornos alimentares, que por sua vez apresentam importantes consequências para saúde física, cognitiva e psicossocial (APARICIO-MARTINEZ *et al.*, 2019).

A mídia e as redes sociais, como Snapchat e Instagram, possuem um papel importante na formação de opinião, em especial ditando o ideal de beleza – atualmente caracterizado por magreza e boa forma física -, influenciando principalmente os jovens, seu conteúdo altamente visual e proliferativo sobre o que é ideal, oferece um discurso que se enquadra na linha tênue do saudável e não saudável (HERPERTZ-DAHLMANN, 2015).

Os transtornos alimentares vêm aumentando significativamente com a disseminação do uso de redes sociais, o que reflete nas entrevistas e condutas empregadas durante as consultas. Os hábitos alimentares, recordatório alimentar, IMC e coleta de peso não deveriam ser esquecidos durante a anamnese realizada pelos profissionais de saúde, tendo em vista que eles são componentes da avaliação geral do estado de saúde do paciente (TREASURE *et al.*, 2020).

Sendo assim, objetiva-se promover reflexões acerca dos transtornos alimentares entre os jovens e sua correlação com as mídias sociais, dentro do padrão de beleza imposto na contemporaneidade, tendo em vista a importância para o manejo da saúde mental na sociedade moderna.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de fevereiro e março de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: Scopus SciVerse Scopus, MEDLINE via PubMed (*US National Library of Medicine*) e Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Foram utilizados os grupos de descritores: "*Feeding and Eating Disorders*", "*Social Media*" e "*Self Concept*".

A revisão foi realizada nas bases de dados supracitadas, utilizando os descritores acima e os boleanos "OR" entre os descritores contidos em um mesmo grupo e "AND" para agrupar os grupos de descritores. Nessa busca foram encontrados 120 artigos, então submetidos aos critérios de seleção.

Foram incluídos na revisão artigos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2001 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra. Foram excluídos os artigos duplicados, disponibilizados apenas

na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada ou não atendiam aos demais critérios de inclusão. Após aplicação dos critérios de seleção restaram 23 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Um livro também foi utilizado para que fossem abordados conceitos mais teóricos dos transtornos alimentares.

Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: conceito, principais transtornos alimentares segundo DSM - V, aspectos epidemiológicos, influência das redes sociais no desenvolvimento dos transtornos alimentares, impactos na saúde mental e física dos pacientes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Conceito

De acordo com o DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) os transtornos alimentares podem ser caracterizados por perturbações comportamentais relacionadas aos hábitos alimentares (APA, 2014). Frequentemente esses transtornos estão relacionados a distorções corporais e ao excesso de preocupação com padrões estéticos impostos socialmente, levando o paciente a ingerir uma quantidade menor de alimento, fazer o uso de laxativos e diuréticos ou até induzir vômito após as refeições (OLIVEIRA & DEIRO, 2013).

Ainda segundo o DSM-V são pertencentes ao conjunto dos transtornos alimentares: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno de Compulsão Alimentar, Síndrome de Pica, Transtorno de Ruminação e o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo.

### Principais Transtornos Alimentares

#### I. Anorexia nervosa

É caracterizada pela restrição calórica abaixo dos níveis considerados necessários para desenvolver atividades normais, o medo excessivo de ganhar peso (mesmo em pacientes com IMC abaixo do normal) e a distorção da autoimagem e da forma como experiencia o próprio peso.

#### II. Bulimia nervosa

É definida com base em três importantes pilares: compulsão alimentar recorrente, atitudes indevidamente compensatórias para impedir o aumento do peso corporal e a distorção da autoimagem.

#### III. Transtorno de compulsão alimentar

É caracterizado pela ingestão excessiva de alimentos em um curto período que geralmente vem acompanhados de sensação de perda de controle. A avaliação do contexto é importante para diferenciar se o aumento da ingesta foi realmente devido ao transtorno de base, ou se uma ocasião específica influenciou no episódio (festas, eventos etc.).

#### IV. Síndrome de Pica

É caracterizada pela ingestão recorrente, por pelo menos um mês, de alimentos diversos que não contenham nenhum valor nutricional. O conteúdo ingerido varia com a idade do paciente e com

a disponibilidade. Além disso, essa ingesta não pode ser explicada por práticas culturais e/ou exploração de objetos com a boca. Ainda, deve-se levar em consideração outras doenças de base que cursam com a Pica como anemia, verminoses e outros transtornos mentais.

### V. Transtorno de ruminação

É caracterizado pelo regurgitamento do alimento depois de ser ingerido incessantemente. O paciente não queixa de náuseas, vômitos e ou ânsia. Para se encaixar devidamente nesse diagnóstico, a regurgitação deve ser recorrente e não explicadas por distúrbios gastrointestinais.

### VI. Transtorno alimentar restritivo/evitativo

É caracterizado, especialmente, pela recusa ou restrição da ingesta alimentar que leva o paciente ao quadro de deficiência nutricional, gerando agravos específicos e sistêmicos. A não obtenção nutricional necessária gera no indivíduo perda ponderal, dependência de alimentação enteral e, consequentemente, injúria psicossocial. Para fechamento do diagnóstico, o profissional precisa descartar outros transtornos mentais, condições médicas ou práticas socioculturais que expliquem tal comportamento.

## Aspectos epidemiológicos

Estudos das últimas décadas têm revelado um aumento de novos casos desses transtornos, sendo que o número praticamente dobrou nos últimos vinte anos. Fatores como a democratização da informação e quebra de tabus referentes ao assunto por certo auxiliaram no diagnóstico mais preciso e contribuíram, possivelmente, para o aumento das notificações. Em contrapartida, imagina-se que esses números acabem sendo superestimados, tendo em vista a procura tardia de ajuda da maioria dos pacientes acometidos por esses transtornos (PRISCO *et al.*, 2013).

Tem sido percebido que o perfil comumente associado a esses transtornos é o de mulheres adolescentes e adultas jovens, com prevalência em relação ao sexo masculino e feminino de 1:10, respectivamente. Tratando-se da Anorexia Nervosa a incidência nessa população é de aproximadamente 8 casos para cada 100 mil indivíduos a cada ano. Já a Bulimia Nervosa, por sua vez, possui número de novos casos aproximadamente de 13 novos casos por 100 mil indivíduos ao ano (NIELSEN, 2001; PINZON & NOGUEIRA, 2004).

Em contrapartida, estudos como o de Blashill (2011), sugeriu que a preocupação com o corpo e o conhecimento sobre os transtornos alimentares também tem crescido frente ao público masculino. Além do mais, os estudos têm questionado se essas diferenças são restritas aos fatores organicistas de cada sexo ou pelos aspectos concernentes aos papéis que cada um exerce na sociedade. Ainda, apontaram que mulheres que tinham os comportamentos esperados socialmente para seu gênero apresentavam substancialmente mais casos de distúrbios alimentares do que as que assumiam papéis masculinos perante a sociedade. Dessa forma, torna-se mais provável que, além do sexo biofisicamente estabelecido, os papéis sociais de gênero atribuídos estariam influenciando mais fortemente a presença desses transtornos.

Segundo Valente *et al.* (2017), a passividade, a dependência e falta de assertividade são as características do papel feminino que mais se entrelaçam ao

sofrimento mental gerado por esses transtornos, visto que estão relacionados à busca por aprovação social e, portanto, à diminuição da autoestima, gerando ações de amoldamento corporal aos padrões estéticos esperados culturalmente.

Como o foco de muitos estudos na área dos distúrbios alimentares acabam centralizando no público feminino, a relação do papel masculino na sociedade e o surgimento dos transtornos alimentares ainda são pouco elucidados. O que se tem de consenso na literatura é que, muito provavelmente, esses papéis estejam aparentados com comportamentos compensatórios, como a prática de exercícios físicos e outras atividades.

Mesmo com o empenho em que tem se investigado a relação dos transtornos alimentares com o sexo, ainda há muitos questionamentos a respeito disso e de outros aspectos, visto que a maioria desses transtornos alimentares, assim como os mentais, apresentam natureza multifatorial. Para tanto, novas pesquisas são necessárias para clarear as discussões.

## Influência das redes sociais nos transtornos alimentares

Diante desse perceptivo aumento de casos de transtornos alimentares, faz-se necessário buscar motivos que explicam esses elevados números, tanto de mulheres quanto de homens nas últimas décadas. Nos estudos recentemente realizados, buscam-se se responder a principal pergunta “Por que garotas são tão insatisfeitas com o seu corpo?’’, e as discussões produzidas levantam essa insatisfação como produto do aumento do acesso às redes sociais.

A ampliação do uso da internet promove o contato maciço com imagens de corpos padronizados segundo os ideais socialmente valorizados. Além disso, muitos jovens passam a acompanhar, em seus perfis, atores, cantores e digitais influencers que divulgam continuamente um padrão de vida e comportamento, interferindo diretamente na autoimagem dos seus seguidores.

A partir daí, esses comportamentos em redes sociais distorcem a visão sobre o corpo dos internautas, transformando sua auto imagem em um corpo fora da curva padrão e fazendo-os buscar incessantemente o corpo que eles imaginam que deveriam conquistar, independentemente dos meios que sejam necessários para isso.

Por que a mídia tem tanta influência assim sobre as pessoas que sofrem com transtornos alimentares? Porque a publicidade investida sobre a imagem da perfeição é uma das mais estratégicas da atualidade, e conseguem, de forma simples e constante, tornar o conteúdo facilmente absorvido.

Entretanto, é complicado e injusto que essa comparação entre corpos midiáticos e os demais seja feita, haja vista que indivíduos usados como referência de corpo perfeito tem em mãos artifícios de modificação digital para alterar imperfeições e torná-los, aos olhos de quem está utilizando a mídia digital, um objetivo, por vezes, inalcançável.

Os padrões estéticos variam com o tempo, cultura, sociedade e religião. Os egípcios iniciaram a exaltação da beleza de forma extravagante. Os hebreus prezavam pelo bom cuidado corporal, como a limpeza e a conservação. Os gregos, que são utilizados como referências até hoje, usavam como base para boa estética corporal a simetria e constituição física com músculos evidentes e cinturas afinadas.

Já na idade média, a feminilidade era representada pela branquitude da pele, cabelos loiros e um ar doce e singelo, com corpos cheios que eram sinônimos de saúde e riqueza. No século XXI, a globalização expandiu a imposição de corpos perfeitos em muitas sociedades e, com esse processo, a gordofobia ganha força, aliado a discursos que pregam um corpo magro como sinônimo de saúde.

Considerando esses aspectos históricos do surgimento da cultura da valorização de corpos magros, a internet tem conseguido se consolidar como uma ferramenta que corrobora um fenômeno de disputa velada, podendo até mesmo ser explícita, pelo melhor estilo de vida, o melhor corpo, os melhores hábitos de saúde e exercícios físicos. E com isso, o contato dos internautas com esses perfis é extremamente danoso pois há uma sensação constante de insuficiência e frustração por não atingir tais estilos vangloriados.

Todos esses fatores contribuem para um pensamento de que o desejo e a sensualidade estão intrinsecamente atrelados ao corpo padronizado. Consequentemente, inicia-se a união na internet de pessoas que buscam formas de diminuir o peso ou de não engordar, os chamados grupos pró ana (anorexia) e pró mia (bulimia). Esses grupos trocam informações entre si sobre como adquirir técnicas para vomitar com facilidade, ou como conseguir restringir ingestão calórica por um período de tempo mais prolongado.

A exposição e a democratização do acesso a esses grupos de apoio demonstram a fragilidade da rede social e, como isso, pode se tornar um gatilho para indivíduos com problemas mentais/psicológicos, visto que seus pensamentos autodestrutivos são incentivados e encorajados (BITTENCOURT & ALMEIDA, 2013).

## Impacto na saúde mental e física dos pacientes

É importante, portanto, ponderar que a incorporação dos ideais pregados, indireta ou diretamente, pelas mídias sociais, podem produzir um impacto significativo na percepção dos internautas sobre sua autoimagem corporal, seus hábitos de vida e seu contexto sociocultural e econômico.

Dessa forma, considerando o aumento do uso da internet no Brasil e no mundo, é possível compreender que a superexposição a imagens de corpos padronizados e estilos de vidas inalcançáveis, de uma forma naturalizada e muitas vezes associada a discursos que simplificam a conquista desses padrões, refletem no desenvolvimento de transtornos psicológicos e comportamentais.

Por fim, vale ressaltar que muitas indagações podem ser realizadas a fim de desvalidar os transtornos vividos. Indagações como o porquê somente uma parcela da população desenvolve esses transtornos alimentares, visto que todos estão expostos às mesmas influências sociodigitais. Segundo Uzunian & Vitalle (2015), as crianças e adolescentes que desde a gênese do desenvolvimento psicossocial trabalharam habilidades sociais, ou seja, sentimentos, atitudes, e comportamentos coerentes frente às situações, muitas dessas causadoras desses transtornos, acabam criando um fator protetivo contra esses transtornos, diferentemente daquelas crianças que não receberam esse treinamento social.

Os impactos psicológicos do uso frequente de mídias sociais, bem como do contato constante com modelos corporais socialmente valorizados, são os transtornos alimentares propriamente ditos, por exemplo, a bulimia e a anorexia nervosa, e o transtorno

de compulsão alimentar. Associado a esses transtornos, e, muitas vezes, incluídos dentro da sua apresentação clínica, podemos destacar alterações comportamentais e outros transtornos psiquiátricos que produzem impacto direto na qualidade de vida desses pacientes (APARICIO-MARTINEZ *et al.*, 2019).

Muitos desses distúrbios alimentares, corroborados pelo uso irrestrito de redes sociais podem ser a causa ou a consequência do desenvolvimento de modificações da autoimagem corporal. Nesses casos, os indivíduos passam a ter distorções sobre as reais proporções do seu corpo, além de evitar olhar no espelho ou tirar fotos por acreditarem estar em um peso muito diferente da realidade (LONERGAN, *et al.*, 2020).

A partir daí, as relações com as roupas e com a comida passam a ficar cada vez mais restritas e complexas e, paralelo a isso, há uma intensa comparação com o que se vê nas imagens de perfis em redes sociais, pois estão nelas os modelos de corpos considerados ideais.

Há também uma relação direta dos transtornos alimentares com outras doenças psiquiátricas como transtorno de ansiedade generalizada (TAG), depressão, distimia e outras. Muitas vezes, a gênese dessas patologias converge entre si como os pensamentos negativos sobre si mesmo, a perda da perspectiva da realidade e, principalmente, o comprometimento nas relações sociais. Por isso, considerando a presença desses transtornos, associadamente, há um grande prejuízo na saúde mental desses pacientes, de forma em que muitas vezes eles se somatizam e prejudicam ainda mais a busca por ajuda profissional (ROWE, 2017).

Os impactos nas tarefas cotidianas dos indivíduos com transtorno alimentar são significativas e merecem ser mencionadas. Em muitos casos, há adesão de dietas extremamente restritivas, que incluem a medição constante de calorias ingeridas, a super regulação dos horários e da quantidade de alimentos. Tais comportamentos podem se potencializar com o acesso anônimo à internet, onde páginas voltadas para a valorização da magreza incentivam esses tipos de comportamento (WILKSCH *et al.*, 2019).

Então, tais ações se tornam, muitas vezes inconscientes e obsessivas, sendo percebidos pelas pessoas ao redor e levando ao constrangimento do próprio indivíduo, mas sem que esse tenha total controle para abandonar esses hábitos.

Por conta desses fatores, manter relações com amigos e familiares passa a ser cada vez mais difícil pois há consciência, por parte do paciente, da presença de hábitos destrutivas para a sua saúde mental e física, mas sentimentos como a vergonha, a baixa autoestima e, principalmente, o estigma a respeito dos transtornos psicocomportamentais.

Para tanto, o âmbito social pode ser afetado ainda mais quando a internet se torna uma ferramenta para abrigar essas pessoas, onde elas podem compartilhar e reforçar esses comportamentos patológicos com outros indivíduos com vivência semelhantes, sem que sejam julgados.

É relevante se atentar para os impactos na saúde física que os comportamentos nos transtornos alimentares podem produzir pois, na maioria dos casos, há um déficit de nutrientes necessários, associados à uma agressão ao trato gastrointestinal. Em relação à anorexia nervosa, por exemplo, a privação da alimentação pode levar a amenorreia, atraso na menarca, hipotensão, bradicardia,

leucopenia, hiperuremia, elevação nas enzimas hepáticas e alterações hormonais (SANGVAI, 2016).

Além disso, os transtornos alimentares mais comuns podem levar a um comprometimento neuroendócrino significativo, afetando diretamente a densidade mineral óssea, caracterizando quadros de osteopenia e osteoporose, assim, aumenta-se o risco de fraturas graves à longo prazo (ROBINSON *e al.*, 2017). Outras alterações patológicas que merecem atenção são: câimbras, desenvolvimento de cáries, bócio, náuseas, constipação, anemia, insônia, alterações de pele e cabelo, gengivite, indisposição, distensão abdominal, halitose e outros (ROWE, 2017).

Considerando todos esses impactos e como eles comprometem o bem estar e a saúde de milhares de pessoas, as discussões sobre esses determinantes se faz necessária, bem como o desenvolvimento de reflexões sobre o uso saudável das redes sociais. Entretanto, há um estigma em torno do desenvolvimento de transtornos alimentares devido à exposição midiática, seja devido à pouca discussão do tema no âmbito acadêmico, ou pelo desconhecimento da população, por ser um fenômeno novo, porém cada vez mais emergente.

Entende-se que a inserção, em diversos níveis, nas redes sociais hoje, se faz cada vez mais necessária, pois as estratégias de comunicação virtual são usadas em ambientes de trabalho, no marketing de microempresas e entre instituições educacionais. Dessa forma, as discussões, seja em ambientes acadêmicos, seja pela própria mídia, acerca do uso racional das redes sociais, são essenciais para a limitação da emergência de transtornos psicocomportamentais.

Considera-se o uso saudável como uma estratégia de autoconhecimento onde o internauta busca conteúdos que promovam o próprio bem estar, bem como o incentivo a hábitos saudáveis de acordo com a realidade socioeconômica individual e a comportamentos que fortaleçam a autoestima. Além disso, é importante que sejam incentivadas formas de acessar a internet que não comprometam as relações interpessoais, a produtividade e a relação individual com a alimentação e outros hábitos de vida.

## CONCLUSÃO

Conclui-se com esta revisão que os transtornos alimentares são patologias de acometimento psiquiátrico que acarretam prejuízos psicológicos, sociais e orgânicos e são representados pela associação entre transtornos alimentares e TAG, depressão e altos índices de mortalidade por suicídio, deterioração das relações interpessoais e podem cursar com alterações no estado nutricional; aparelho reprodutivo, pela possibilidade de amenorreia; aparelho cardiovascular, devido a hipotensão, bradicardia; bem como elevação de enzimas hepáticas; alterações neuroendócrinas, dentre outras.

Desta forma, considerando as perturbações comportamentais relacionadas à alimentação e distorção corporal, os transtornos alimentares foram classificados segundo o DSM-V (APA, 2014) como: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno de Compulsão Alimentar, Síndrome de Pica, Transtorno de Ruminação e o Transtorno Alimentar Restritivo. Com isso, o manejo médico é auxiliado e o tratamento se torna individualizado mediante a condição do paciente, que, por vezes,

procuram tardiamente ajuda profissional (PRISCO *et al.*, 2013).

Nesse âmbito, é fundamental salientar a importância de um acompanhamento clínico longitudinal a fim de reverter as possíveis complicações sistêmicas (SANGVAI, 2016). A figura da equipe multidisciplinar é essencial para tratar os diversos prejuízos psicológicos e orgânicos gerados a partir dos transtornos alimentares, na intenção de garantir uma melhor qualidade de vida e um tranquilo processo de desenvolvimento e amadurecimento dos jovens acometidos.

O aumento de casos dessa condição é multifatorial, contudo, um fator contribuinte, atualmente, é a intensa utilização das redes sociais pela sociedade em geral, o que invariavelmente acarreta uma maior exposição à mídia e sua influência. No entanto, devido a sua fase de construção de personalidade e imaturidade emocional, os adolescentes são os mais afetados, principalmente mulheres jovens que fazem amplo uso das redes sociais e estão mais sujeitas ao julgamento da pressão estética. Autores ressaltam que a passividade, a necessidade de aprovação social e a busca por pertencimento aliados a ao fluxo de informações da mídia possuem papel importante no acometimento psiquiátrico do público (VALENTE *et al.*, 2017).

Portanto, novos estudos devem ser realizados no que tange os transtornos alimentares, porém considerando as particularidades de cada etnia, gênero, idade, fatores psicológicos, contexto cultural e condição socioeconômica, haja vista que estas características podem contribuir para melhor entendimento do quadro, riscos e envolvimento com as mídias sociais (OPARA & SANTOS, 2019). Além disso, é essencial fomentar ampla discussão com a sociedade a fim de que seja reconhecido os perigos do uso problemático das redes sociais e como isso afeta as dimensões biopsicossociais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

APARICIO-MARTINEZ P. *et al.* Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: an exploratory analysis. International Journal Of Environmental Research and Public Health, v. 16, p. 1, 2019.

BITTENCOURT, L.J. & ALMEIDA, R.A. Transtornos alimentares: patologia ou estilo de vida?. Psicologia & Sociedade, v. 25, p. 220, 2013.

BLASHILL, A.J. Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: a meta-analysis. Body Image, v. 8, p. 1, 2011.

HERPERTZ-DAHLMANN, B. Adolescent eating disorders. Child And Adolescent Psychiatric Clinics of North America, v. 24, p. 177, 2015.

HOLLAND, G. & TIGGEMANN, M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. Body Image, v. 17, p. 100, 2016.

LONERGAN, S.R. *et al.* Protect me from my selfie: examining the association between photo-based social media behaviors and self-reported eating disorders in adolescence. International Journal of Eating Disorders, v. 53, p. 755, 2020.

NIELSEN, S. Epidemiology and mortality of eating disorders. Psychiatric Clinics of North America, v. 24, p. 201, 2001.

OLIVEIRA, L.L. & DEIRO, C. P. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva., v. 15, p. 36, 2013.

OPARA, L. & SANTOS, N. A Conceptual Framework Exploring Social Media, Eating Disorders, and Body Dissatisfaction Among Latina Adolescents. Hispanic Journal Of Behavioral Sciences, v. 41, p. 363, 2019.

PINZON, V. & NOGUEIRA, F.C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 31, p. 158, 2004.

PRISCO, A.P.K. *et al.* Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 1109, 2013.

ROBINSON, L. *et al.* Eating disorders and bone metabolism in women. Current Opinion In Pediatrics, v. 29, p. 488, 2017.

ROWE, E. Early Detection of Eating Disorders in General Practice. Australian Family Physician, v. 46, p 833, 2017.

SANGVAI, D. Eating Disorders in the Primary Care Setting. Primary Care: Clinics in Office Practice, v. 43, p. 301, 2016.

STERN, J.M. Transcultural aspects of eating disorders and body image disturbance. Nordic Journal of Psychiatry, v. 72, p. 23, 2018.

TREASURE, J. *et al.* Eating disorders. The Lancet, v. 395, p. 899, 2020.

UZUNIAN, L.G. & VITALLE, M.S.S. Habilidades sociais: fator de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 3495, 2015.

VALENTE, S. *et al.* Sex-specific issues in eating disorders: a clinical and psychopathological investigation. Eating And Weight Disorders - Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity, v. 22, p. 707, 2017.

WILKSCH, S.M. *et al.* The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. International Journal of Eating Disorders, v. 53, p. 96, 2019.

# CAPÍTULO 19

# POTENCIAL TERAPÊUTICO DA QUETAMINA EM PACIENTES COM DEPRESSÃO REFRATÁRIA AO TRATAMENTO E IDEAÇÃO SUICIDA

*Palavras-chave: Quetamina; Depressão Refratária ao Tratamento; Suicídio*

VITOR SANTOS DE SOUZA[1]
BÁRBARA CAROLINE DIAS FARIA[1]
LUIZ GUSTAVO GUIMARÃES SACRAMENTO[1]
NATHÁLIA CRISTIAN FERREIRA DE OLIVEIRA[1]
YAN LOPES GOLL[1]
CAMILA ALENCAR MONTEIRO DE SOUZA[1]

1. Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

## INTRODUÇÃO

Humor predominantemente hipotímico, associado a sintomas somáticos e cognitivos, é o que caracteriza os transtornos depressivos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Estes, atualmente, são classificados como a principal causa de incapacidade no mundo e a que mais gera problemas relacionados à saúde (OPAS/OMS Brasil, 2017). De acordo com dados de 2015, o número de pessoas que vivem com essa condição excede 300 milhões (WHO, 2017), o que equivale a 4,4% de toda a população no mesmo ano (OMS Brasil, 2017).

No Brasil, as taxas são ainda mais alarmantes. 5,8% de todos os seus cidadãos cursaram com o transtorno naquele ano, o que o ranqueia como o segundo país com maior prevalência relativa da doença, atrás apenas dos Estados Unidos (5,9%). Ao longo da vida, em torno de 16% dos indivíduos têm ou já tiveram a enfermidade, tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; KESSLER *et al.*, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE - GOVERNO FEDERAL, 2020). Esses números são mais representativos ao se analisar suas consequências.

Estima-se que a depressão seja a maior contribuinte individual para a incapacidade global. Do total de anos vividos, consome cerca de 7,5%. Nesse aspecto, o Brasil se torna novamente um destaque, já que, na mesma direção da prevalência, é a segunda nação com os maiores valores relativos em termos de anos vividos com incapacidade por depressão, com contagem superior a 10% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Sob essa perspectiva, a relevância dos transtornos depressivos no Brasil e no mundo é significativa, assim como a de seus desfechos negativos, dos quais têm o suicídio como pior faceta. As lesões autoprovocadas voluntariamente são, muitas vezes, fatais, totalizando 800 mil mortes por ano (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA, 2020). Os dados brasileiros contabilizam 11 mil mortes todos os anos por suicídio, o qual é a terceira principal causa externa de morte (TabNet, 2019; BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). A abordagem de tais comorbidades psiquiátricas é, portanto, fundamental.

Historicamente, a busca por hipóteses sobre o desenvolvimento de quadros depressivos embasou o manejo farmacológico usado até os dias atuais para o tratamento da depressão. De forma pioneira, a conclusão sobre a eficácia de duas classes de compostos para o tratamento da depressão grave - os inibidores da monoaminoxidase e os antidepressivos tricíclicos - estabeleceu o papel das monoaminas nos transtornos afetivos, no final da década de 50 (MULINARI, 2012).

Os antidepressivos vigentes, relacionados às vias serotoninérgicas, noradrenérgicas e dopaminérgicas, possuem limitações terapêuticas importantes. Muitos dos pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM) não obtêm remissão total dos sintomas em uso de tais medicações. Quando estas são efetivas, sabe-se que a resposta terapêutica é tardia, ocorrendo após 4 a 6 semanas de tratamento, fator limitante ao uso em ideações suicidas (JAKUSZKOWIAK-WOJTEN *et al.*, 2019). Ainda, há aqueles com resultados subjetivos insatisfatórios a duas ou mais drogas, com doses adequadas, os quais são classificados como portadores de depressão resistente ao tratamento (FAVA, 2020).

Atualmente, compreende-se que os processos bioquímicos da depressão e do suicídio extrapolam as vias monoaminérgicas, e que o receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA) está envolvido na neurofisiologia do transtorno (SATTAR *et al.*, 2018). Sob essa perspectiva, o sistema glutamatérgico surge como potencial alvo terapêutico, principalmente, após a descoberta sobre os efeitos da quetamina, os quais apresentam potencial na abordagem terapêutica da depressão e do suicídio (JAKUSZKOWIAK-WOJTEN *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo revisar as principais evidências da literatura científica sobre a aplicabilidade da quetamina como opção terapêutica de ação rápida, particularmente, em pacientes refratários ao tratamento com outras classes de antidepressivos, ou naqueles com ideação suicida (WITT *et al.*, 2020; ZANOS & GOULD, 2018).

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, em que foi realizada uma busca abrangente e não sistemática nos bancos de dados PubMed e MEDLINE utilizando os seguintes descritores: "*ketamine*", "*suicide*", "*nmda*", e "*depression*". Após leitura criteriosa dos artigos pelos autores, foram incluídos estudos relatando dados sobre resultados pré-definidos e relacionados aos efeitos da quetamina no tratamento da depressão e da ideação suicida, bem como seus possíveis mecanismos de ação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo duplo-cego e randomizado na razão de 2:1 de Murrough *et al*. (2013), 72 pacientes com TDM refratário a tratamento foram analisados por 24 horas e 67 foram analisados por 7 dias. Foi realizada infusão endovenosa em dose única de quetamina 0,5 mg/kg (grupo 1), ou midazolam (grupo 2) 0,045 mg/kg, sendo os fármacos infundidos em mais de 40 minutos. O grupo 1 era composto por 47 pacientes, sendo 55% do sexo feminino e idade média de 47,9 anos. Por sua vez, o grupo 2 era formado por 25 pacientes, de tal forma que 44% era do sexo feminino e idade média de 42,7 anos. No estudo, utilizou-se a Escala de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS), desenhada especialmente para ser sensível aos efeitos de tratamentos da depressão (MONTGOMERY & ÅSBERG, 1979).

Nas primeiras 24 horas, o grupo 1 apresentou pontuação MADRS média 7,95 pontos menor (intervalo de confiança 95%, 3,20 a 12,71) que o grupo 2. Por outro lado, no sétimo dia após infusão, não houve diferença estatisticamente significativa na pontuação MADRS (A). No dia da infusão, os efeitos adversos mais observados no grupo 1 foram: tontura (45%), visão borrada (43%), náusea/vômito (34%), cefaleia (32%) e boca seca (26%). Além disso, 17% desses pacientes tiveram sintomas dissociativos significativos imediatamente após a infusão do fármaco, com melhora após 2 horas. Não houve sintomas psicóticos graves em nenhum paciente. Já no grupo 2, os efeitos adversos mais comuns no dia da infusão foram: mal-estar geral (28%), tontura (20%), cefaleia (20%), inquietação (20%) e boca seca (16%) (MURROUGH *et al.*, 2013).

Por sua vez, Zarate *et al*. (2006) também mostraram melhora na depressão após a infusão de quetamina, utilizando como base a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), utilizada desde a década

de 60 para gradação da intensidade dos sintomas depressivos (NETO *et al.*, 2001). O estudo randomizado, com controle de placebo, duplo-cego e cruzado, avaliou a resposta de 18 pacientes entre 18 e 65 anos com TDM que falharam em, pelo menos, 2 tratamentos anteriores.

Após um período de 2 semanas sem drogas, os pacientes receberam uma infusão intravenosa de cloridrato de cetamina (0,5 mg/kg) ou placebo em 2 dias de teste, com uma semana de intervalo. Os indivíduos foram avaliados no início do estudo e aos 40, 80, 110 e 230 minutos e 1, 2, 3 e 7 dias pós-infusão. Aqueles que receberam quetamina mostraram melhora na depressão em comparação com indivíduos recebendo placebo dentro de 110 minutos após a injeção, que permaneceu significativo ao longo da semana seguinte.

Dos 17 indivíduos tratados com quetamina, 71% obtiveram respostas e 29% atenderam aos critérios de remissão no dia seguinte à infusão de cetamina. O efeito continuou significativo ao longo dos 7 dias seguintes, com menor grau de efetividade (moderado a grande) do que nas primeiras 24 horas (muito grande), sendo mantido por pelo menos uma semana em 6 pacientes (35%). Os efeitos adversos mais comuns em pacientes em uso de quetamina foram distúrbios perceptivos, confusão, aumento da pressão sanguínea, euforia, tontura e aumento da libido. Enquanto isso, aqueles mais comuns em pacientes em uso de placebo foram desconforto gastrointestinal, aumento da sede, dor de cabeça, gosto metálico e constipação. Os efeitos adversos, em sua maioria, cessaram em até 80 minutos após a infusão, e a sensação de euforia ou desrealização/despersonalização não durou mais de 110 minutos em nenhum dos casos. Não há dados numéricos sobre a quantidade de paciente que apresentou cada tipo de efeito adverso (ZARATE *et al.*, 2006).

Berman *et al.*, em 2000, realizou estudo randomizado e duplo-cego com 9 pacientes, de 23 a 56 anos, sendo que 8 pacientes eram diagnosticados com depressão unipolar refratária e 1 paciente com depressão bipolar refratária segundo critério do DSM-IV. O tratamento foi realizado em 2 dias distintos, separados por uma semana, com utilização de quetamina na dose de 0,5 mg/kg com infusão em mais de 40 minutos em 4 pacientes, com os restantes recebendo placebo.

Aqueles pacientes que receberam o fármaco, além de maiores reduções significativas na escala HAM-D quando comparados ao grupo placebo, apresentaram também reduções robustas no Inventário de Depressão de Beck (BDI), que se trata de autorrelato largamente utilizado na avaliação da gravidade da depressão em adolescentes e adultos (BECK *et al.*, 1996). O estudo ainda mostrou, com base nos itens do HAM-D, reduções significativas de sentimentos de humor deprimido, suicidalidade, desamparo e inutilidade, o que não foi observado no grupo controle (BERMAN *et al.*, 2000).

Fava *et al.* (2020) avaliaram variados intervalos de doses de infusões contínuas de quetamina ou midazolam em 99 pacientes que tinham idade entre 18 e 70 anos, além do diagnóstico de TDM, de acordo com os critérios do DSM-IV, refratário ao tratamento. Esses indivíduos foram randomizados em diferentes grupos, quatro dos quais receberam quetamina nas seguintes proporções: 18 participantes receberam 0,1 mg/kg; 20 na dose de 0,2 mg/kg; em 22 pacientes foi utilizada dose de 0,5 mg/kg; por fim, 20 receberam 1 mg/kg de quetamina. Os 19 restantes receberam 0,045 mg/kg de midazolam,

considerado como placebo ativo, no intuito de minimizar risco de não mascaramento. Assim, houve eficácia na redução dos sintomas depressivos com utilização de quetamina nas doses de 0,5 mg/kg e 1 mg/kg, contudo não houve evidência consistente de eficácia significativa nas doses baixas.

No estudo randomizado aberto de Ballard *et al*. (2014) foram demonstrados efeitos contra a suicidalidade com a infusão intravenosa de quetamina em doses subanestésicas de 0,5 mg/kg. Foram avaliados um total de 133 pacientes, com idade média de 47,8 anos. Desses, 35 indivíduos foram diagnosticados com transtorno bipolar e 98 com TDM, por critérios do DSM-IV.

Inicialmente, 61% da amostra reportou ideação suicida, enquanto 40% possuía histórico de tentativa de suicídio. A dose única de 0,5 mg/kg de quetamina foi administrada em 40 minutos e os impactos na ideação suicida, ansiedade e sintomas depressivos prévios foram avaliados após 40, 80, 120 e 230 minutos, além de um, dois e três dias após a infusão. Os efeitos anti-suicidas da quetamina mostraram-se mais robustos nos 40 minutos após a infusão, porém também foi mais expressiva a presença de sintomas psicomiméticos, efeitos colaterais dissociativos e alterações hemodinâmicas. Estatisticamente, a redução da ideação suicida ocorreu independentemente das reduções dos sintomas de depressão e ansiedade, apesar de serem comorbidades correlatas (BALLARD *et al.*, 2014).

Em outro estudo, DiazGranados *et al*. (2010) demonstraram um efeito muito grande do uso de quetamina em melhora significativa em todas as escalas de suicídio avaliadas (SSI; item suicídio HAM-d; item suicídio MADRS; item suicídio BDI). Esses efeitos puderam ser observados já nos primeiros 40 minutos pós-administração e foram mantidos, também, após 230 minutos. Nesse momento, porém, o efeito passou de "muito grande" para "moderado". Foram avaliados 33 pacientes de 18 a 65 anos que preenchiam os critérios do DSM-IV para TDM. Esses indivíduos foram submetidos a uma única infusão de cloridrato de quetamina (0,5 mg/kg) durante 40 minutos, seguida por uma randomização duplo-cega para riluzol ou placebo seis horas após a infusão.

Todos os 10 pacientes (100%) com pontuações iniciais de SSI mais altas ficaram abaixo de uma pontuação de SSI de 4 nas primeiras horas após a infusão, sendo que 9 ficaram abaixo da pontuação 4 em 40 minutos e um em 80 minutos. O tempo médio necessário para atingir uma pontuação de SSI inferior a 4 foi de 44 minutos. Seis (60%) desses pacientes atingiram escores de SSI de zero durante o primeiro dia, e cinco desses indivíduos alcançaram essa redução em 40 minutos; o indivíduo restante alcançou essa redução em 80 minutos. Para esses pacientes, o tempo médio para zero foi de 120 minutos. Distúrbios perceptivos leves foram observados na maioria dos pacientes, mas apenas na primeira hora após a infusão (DIAZGRANADOS *et al.*, 2010). A Tabela 19.1 resume os principais achados dos 6 estudos clínicos analisados.

Fava *et al*. (2003) demonstrou a eficácia clínica da utilização de quetamina em doses de 0,5 mg/kg e 1 mg/kg para redução de sintomas depressivos em pacientes com TDM refratário ao tratamento. Em consonância a essa evidência, outros três estudos clínicos duplo-cego randomizados analisados nesta revisão mostraram que a infusão de quetamina em doses únicas subanestésicas de 0,5 mg/kg apresentou efeitos antidepressivos significativos nesses pacientes (BERMAN *et*

*al.*, 2000; ZARATE *et al.*, 2006; MURROUGH *et al.*, 2013).

**Tabela 19.1**. Resumo dos achados nos estudos clínicos analisados

| Autor | Desenho do estudo | Amostra | Resumo dos achados |
|---|---|---|---|
| **MURROUGH *et al.*, 2013** | Ensaio clínico controlado randomizado | 72 | → Análise em 24 horas e em 7 dias;<br>→ Grupo 1 (47 pacientes) recebeu quetamina, grupo 2 (25 pacientes) recebeu midazolam;<br>→ No grupo 1, 55% era do sexo feminino e idade média de 47,9 anos;<br>→ No grupo 2, 44% do sexo feminino e idade média de 42,7 anos;<br>→ Infusão endovenosa em dose única de quetamina 0,5 mg/kg e de midazolam 0,045 mg/kg;<br>→ Em 24 horas, o grupo 1 apresentou pontuação MADRS média 7,95 pontos menor que o grupo 2;<br>→ No sétimo dia após infusão, não houve diferença estatisticamente significativa na pontuação MADRS entre os grupos;<br>→ Tontura, cefaleia e boca seca foram efeitos adversos em comum entre os grupos;<br>→ Não houve sintomas psicóticos graves em nenhum paciente. |
| **ZARATE *et al.*, 2006** | Ensaio clínico controlado randomizado | 18 | → Pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com TDM;<br>→ Após 2 semanas sem drogas, receberam infusão intravenosa de cloridrato de cetamina 0,5 mg/kg e o outro grupo recebeu placebo;<br>→ Dentro de 110 minutos após a injeção, o grupo que recebeu quetamina apresentou melhorias na depressão quando comparados ao grupo placebo.<br>→ Efeito continuou significativo ao longo dos 7 dias seguintes, com menor grau de efetividade.<br>→ A maioria dos efeitos adversos cessou em até 80 minutos após a infusão. |
| **BERMAN *et al.*, 2000** | Estudo clínico randomizado e duplo-cego | 9 | → Pacientes com idade entre 25 a 56 anos;<br>→ 8 diagnósticos de depressão unipolar refratária e 1 de depressão bipolar refratária segundo DSM-IV;<br>→ Uso de quetamina 0,5 mg/kg com infusão em mais de 40 minutos em 4 pacientes. O restante receberam placebo.<br>→ Grupo que recebeu quetamina apresentou maiores reduções significativas na escala HAM-D e reduções robustas no Inventário de Depressão de Beck (BDI); |
| **FAVA *et al.*, 2020** | Estudo duplo-cego | 99 | → Pacientes com idade entre 18 e 70 anos e diagnóstico de transtorno depressivo maior refratário ao tratamento;<br>→ Grupo 1 (18) recebeu 0,1 mg/kg; grupo 2 (20) recebeu 0,2 mg/kg; grupo 3 (22) recebeu 0,5 mg/kg; grupo 4 (20) recebeu 1 mg/kg de quetamina; grupo 5 (19) recebeu 0,045 mg/kg de midazolam;<br>→ Eficácia na redução dos sintomas depressivos com utilização de quetamina nas doses de 0,5 mg/kg e 1 mg/kg. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **BALLARD *et al.*, 2014** | Estudo clínico | 133 | → Idade média de 47,8 anos;<br>→ 35 indivíduos com Transtorno Bipolar e 98 com TDM, por critérios do DSM-IV;<br>→ 61% tinha ideação suicida, enquanto 40% possuía histórico de tentativa de suicídio;<br>→ Dose de 0,5 mg/kg de quetamina foi administrada em 40 minutos;<br>→ Efeitos anti-suicidas da quetamina mostraram-se robustos 40 minutos após a infusão. |
| **DIAZGRANADOS *et al.*, 2010** | Estudo clínico | 33 | → Pacientes com idade entre 18 a 65 anos e diagnóstico de TDM, por critérios do DSM-IV;<br>→ Infusão de cloridrato de quetamina 0,5 mg / kg durante 40 minutos;<br>→ Quetamina mostrou melhora significativa em todas as escalas de suicídio avaliadas,<br>→ Efeito observado após 40 minutos da infusão e, após 230 minutos, o efeito passou de "muito grande" para moderado.<br>→ Distúrbios perceptivos leves observados na primeira hora após infusão. |

Zarate *et al*. (2006) demonstrou reduções significativamente relevantes na escala HAM-D tanto 24 horas quanto 7 dias após a infusão. Por outro lado, Morrough *et al*. (2013) apresentaram reduções na MADRS com significância estatística apenas nas primeiras 24 horas após a infusão. Nesse sentido, além da utilização de diferentes escalas, uma diferença metodológica importante entre esses dois estudos foi a utilização de midazolam como placebo ativo por Morrough.

Embora não tenha tido essa significância estatística entre quetamina e midazolam após 7 dias da infusão, os benefícios da quetamina foram mantidos por todo período analisado (MURROUGH *et al.*, 2013).

Nesse sentido, o efeito antidepressivo da quetamina pode ser explicado por alguns mecanismos. Compreende-se que os receptores NMDA são canais iônicos ativados pelo glutamato, principal neurotransmissor excitatório do sistema nervoso central, sendo que essa ligação culmina no aumento da permeabilidade dos canais ao íon cálcio (LUFT & MENDES, 2005). A quetamina atua bloqueando esses receptores e uma das principais teorias acerca de seu mecanismo de atuação na depressão reside na hipótese da desinibição glutamatérgica (DUMAN, 2018; ZANOS & GOULD, 2018).

Acredita-se que baixas doses da quetamina bloqueiam seletivamente receptores NMDA de interneurônios GABA, os quais, fisiologicamente, têm papel na inibição da transmissão de glutamato (DUMAN, 2018). Uma explicação para essa inibição preferencial se deve ao fato de que esse fármaco tem maior afinidade pela subunidade GluN2D dos receptores NMDA, que é altamente expressa em interneurônios GABA presentes no cérebro. Além disso, quando comparado aos neurônios piramidais, observa-se que esses interneurônios apresentam maior frequência de disparos, de modo que há maior tempo relativo em que seus canais permanecem abertos, sem o bloqueio realizado pelo $Mg^{2+}$, o que

possibilita a entrada e ligação da quetamina no receptor NMDA (ZANOS & GOULD, 2018).

Nesse cenário, o resultado é a inibição de interneurônios inibitórios, provocando aumento da excitação ao elevar os níveis de glutamato nos interneurônios do córtex pré-frontal e do hipocampo e, consequentemente, melhorando os sintomas depressivos (ORSER *et al.*, 1997; DUMAN, 2018; SATTAR *et al.*, 2018; ZANOS & GOULD, 2018).

Esse aumento glutamatérgico causaria a ativação aguda de receptores alfa-amino-3-hidroxi-metil-5-4-isoxazolpropiónico (AMPAr) pós-sinápticos (HENLEY & WILKINSON, 2016). Ademais, hipotetiza-se que haveria também aumento da ativação de receptores NMDA sinápticos (ZANOS & GOULD, 2018), os quais, juntamente com os AMPAr, levariam à potenciação e à plasticidade sinápticas (CITRI & MALENKA, 2008), resultando, por seguinte, em efeito antidepressivo (DUMAN *et al.*, 2016).

Sabe-se que as regiões dos córtex pré-frontal orbital e medial parecem atuar como unidade integradora de informações sensoriais e de processos de decisões baseadas em valores (WALLIS, 2011). Desse modo, alterações nas redes e conectividades desses córtex estão relacionadas a importantes componentes da depressão, como mudanças no sistema de recompensa e na regulação emocional (PHILLIPS *et al.*, 2015). Pacientes com depressão possuem redução da plasticidade sináptica neuronal e da potenciação de longo prazo (LTP) no córtex pré-frontal e hipocampo (ABDALLAH, 2015; FOSSATI *et al.*, 2004), resultando em um número reduzido de conexões sinápticas entre essas áreas (ANDREASEN, 1997).

Dessa forma, Sattar *et al.* (2018) apontam que, a longo prazo, o uso da quetamina pode provocar alterações em alguns fatores neurotróficos, levando ao aumento da LTP. Isso provoca, portanto, um aumento da sinaptoplasticidade neuronal, culminando em efeitos antidepressivos

Somado a isso, indivíduos com depressão possuem redução de fatores neurotróficos, como o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), além de uma inibição da via de sinalização do complexo 1 de rampamicina em mamíferos (mTORC1) (ABDALLAH *et al.*, 2015). A quetamina, em doses baixas, parece estar relacionada a um aumento de BDNF e mTORC1 em pacientes com depressão, melhorando a sinaptogênese geral e potencialização sináptica. Ao inibir correntes pós-sinápticas excitatórias mediadas pelo NMDA, a quetamina promove a desfosforilação do fator de elongação eucariótico 2 (eEF2), aumentando a tradução do BDNF (AUTRY *et al.*, 2011). Além disso, quando a quetamina antagoniza os receptores NMDA, ela ativa e regula positivamente a sinalização de mTOR, causando um aumento nas proteínas de sinalização sináptica (SATTAR *et al.*, 2018).

Ademais, o estudo realizado por Ballard *et al.* (2014) demonstrou que a infusão intravenosa de 0,5 mg/kg de quetamina possui potencial efeito na suicidalidade, sendo ainda mais acentuado nos 40 minutos após a infusão. Em concordância, outro estudo também mostrou efeito redutor da quetamina nas escalas de suicídio após 40 minutos de infusão (DIAZGRANADOS *et al.*, 2010). Esses achados são consistentes com os resultados de metanálise publicada em 2018 acerca do uso de quetamina intravenosa em pacientes com intenções suicidas, a qual demonstrou que esse fármaco reduziu significativamente a ideação suicida, tendo

efeitos variando de moderado a grande (WILKINSON *et al.*, 2018).

A literatura mostra que pacientes com tendência suicida, além de possuírem desregulação da neurotransmissão do glutamato (ERHARDT *et al.*, 2013), também possuem alteração na via neuro-inflamatória. Nesse sentido, algumas citocinas e o interferon-β parecem induzir o suicídio, de modo que existe relação causal entre inflamação e suicídio (WICHERS *et al.*, 2005; RAISON *et al.*, 2009; FRAGOSO *et al.*, 2010; REINSTATLER & YOUSSEF, 2015).

Lindqvist *et al.* (2009) mostrou que o líquido cefalorraquidiano (LCR) de pacientes que haviam tentado suicídio apresentava níveis aumentados de interleucina-6 (IL-6) Além disso, pacientes suicidas também apresentam níveis mais elevados de marcadores inflamatórios (STEINER *et al.*, 2008; JANELIDZE *et al.*, 2011), como ácido quinolínico, que é um agonista do receptor NMDA. Uma vez que o ácido quinolínico possui propriedades neurotóxicas, gliotóxicas e pró-inflamatórias (GUILLEMIN, 2012; SCHWARCZ *et al.*, 2012), seus níveis aumentados contribuem para a perda neuronal e para a redução do volume hipocampal de pacientes com TDM e ideação suicida (BREMNER., 2000; MCKINNON *et al.*, 2009; ERHARDT *et al.*, 2013).

Concordante a esses estudos, Erhardt *et al.* (2013) mostrou que, associado ao aumento de IL-6, o LCR de pacientes que tentaram suicídio havia níveis elevados de ácido quinolínico, sem aumento de ácido quinurênico. Esses achados sugerem que no paciente suicida há um efeito predominantemente agonista sobre receptores NMDA. Assim, hipotetiza-se que a quetamina atua reduzindo esse desbalanço por meio do antagonismo ao receptor NMDA, causando um estado menos propenso ao suicídio (PRICE & MATHEW, 2015).

## CONCLUSÃO

São notáveis as lacunas existentes no manejo dos transtornos mentais, especialmente nos pacientes portadores de transtorno depressivo e de ideação suicida. Embora as respostas aos tratamentos convencionais sejam vistas nas primeiras semanas, muitos sintomas apenas desaparecem por completo meses após sua inserção, em dose adequada (PARK & ZARATE, 2019). Ainda, existe um percentual expressivo de pacientes que não respondem a tais abordagens na prática clínica, os quais representam cerca de 50-60% do total dos pacientes com transtornos depressivos (FAVA, 2003).

Nesse sentido, os estudos sobre os efeitos da quetamina revelam seu potencial promissor no manejo de tais comorbidades psiquiátricas. A ação do fármaco no sistema glutamatérgico, por meio dos receptores NMDA, mostrou efeito potencializador da sinaptogênese através do aumento do BDNF, assim como das proteínas de sinalização sinápticas, responsáveis pelo efeito duradouro de seus efeitos.

O tratamento eficaz dos pacientes com transtornos depressivos representa diminuição de sua prevalência, além de redução da incidência do suicídio, uma vez que a depressão é psicopatia que mais se relaciona com os números absolutos de atentados contra a própria vida. Sob essa perspectiva, a quetamina merece atenção especial das entidades científicas por demonstrar efeitos rápidos e duradouros em dose única, e seu uso representaria estratégia de manutenção da

vida (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

Apesar da notável ação benéfica da quetamina, torna-se necessário indagar possíveis efeitos colaterais da sua administração. Secundária à infusão intravenosa do medicamento, foi documentada a ocorrência de reações adversas, as quais podem trazer prejuízos à saúde do paciente, além de prejudicar o cegamento dos estudos e, por conseguinte, levar a erros sistemáticos.

Ademais, a administração por via intravenosa também configura uma limitação ao amplo uso do fármaco, cuja infusão demanda uma atenção especializada. Em conjunto, destaca-se a falta de robustez dos estudos científicos acerca dos efeitos da quetamina, pois são, majoritariamente, baseados em escalas de caráter subjetivo, com amostra reduzida de pacientes (WILLIAMS & KOBAK, 2008; QUILTY *et al.*, 2013; BRATSOS & SALEH, 2019). Nessa perspectiva, torna-se necessário ampliar as pesquisas sobre o fármaco, a fim de que seus efeitos sejam melhor elucidados e controlados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLAH, C.G. *et al*. Ketamine and rapid-acting antidepressants: a window into a new neurobiology for mood disorder therapeutics. Annual Review of Medicine, v. 66, p. 509, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association. 2013, 948p.

ANDREASEN, N.C. Linking mind and brain in the study of mental illnesses: a project for a scientific psychopathology. Science, v. 275, p. 1586, 1997.

AUTRY, A.E. *et al*. NMDA receptor blockade at rest triggers rapid behavioural antidepressant responses. Nature, v. 475, p. 91, 2011.

BALLARD, E.D. *et al*. Improvement in suicidal ideation after ketamine infusion: relationship to reductions in depression and anxiety. Journal of Psychiatric Research, v. 58, p. 161, 2014.

BECK, A.T. *et al*. BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. 2nd ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996.

BERMAN, R.M. *et al*. Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. Biological Psychiatry, v. 47, p. 351, 2000.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE. "Trabalhando Juntos para Prevenir o Suicídio": 10/9 - Dia Mundial de Prevenção do Suicídio. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/23j47xju>. Acesso em: 02 mar. 2021.

BRATSOS, S. & SALEH, S.N. Clinical Efficacy of Ketamine for Treatment-resistant Depression. Cureus, v. 22, e5189, 2019.

BREMNER, J.D. *et al*. Hippocampal volume reduction in major depression. American Journal of Psychiatry, v. 157, p. 115, 2000.

CITRI, A. & MALENKA, R.C. Synaptic plasticity: multiple forms, functions, and mechanisms. Neuropsychopharmacology, v. 33, p. 18, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Suicídio: informando para prevenir. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/cartilha_suicidio.pdf. Acesso em: 2 mar. 2021

DIAZGRANADOS, N. *et al*. Rapid resolution of suicidal ideation after a single infusion of an N-methyl-D-aspartate antagonist in patients with treatment-resistant major depressive disorder. The Journal of Clinical Psychiatry, v. 71, p. 1605, 2010.

DUMAN, R.S. *et al*. Synaptic plasticity and depression: new insights from stress and rapid-acting antidepressants. Nature Medicine, v. 22, p. 238, 2016.

DUMAN, R.S. Ketamine and rapid-acting antidepressants: a new era in the battle against depression and suicide. F1000Research, v. 7, F1000 Faculty Rev-659, 2018.

ERHARDT, S. *et al*. Connecting inflammation with glutamate agonism in suicidality. Neuropsychopharmacology, v. 38, p. 743, 2013.

FAVA, M. Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. Biological Psychiatry, v. 53, p.649, 2003.

FAVA, M. *et al*. Double-blind, placebo-controlled, dose-ranging trial of intravenous ketamine as adjunctive therapy in treatment-resistant depression (TRD). Molecular Psychiatry, v. 25, p. 1592, 2020.

FOSSATI, P. *et al* Neuroplasticity: from MRI to depressive symptoms. European Neuropsychopharmacology, v. 14, suppl. 5, 2004.

FRAGOSO, Y.D. *et al*. Severe depression, suicide attempts, and ideation during the use of interferon beta by patients with multiple sclerosis. Clinical Neuropharmacology, v. 33, p. 312, 2010.

GUILLEMIN, G.J. Quinolinic acid, the inescapable neurotoxin. The FEBS Journal, v. 279, p. 1356, 2012.

HENLEY, J.M. & WILKINSON, K.A. Synaptic AMPA receptor composition in development, plasticity and disease. Nature Reviews Neuroscience, v. 17, p. 337, 2016.

JAKUSZKOWIAK-WOJTEN, K. *et al*. Suicidality in treatment resistant depression: perspective for ketamine use. Psychiatria Danubina;v. 31, p. 258, 2019.

JANELIDZE, S. *et al*. Cytokine levels in the blood may distinguish suicide attempters from depressed patients. Brain, Behavior and Immunity, v. 25, p. 335, 2011.

KESSLER, R. *et al.* The Epidemiology of Major Depressive Disorder. JAMA, v. 289, p. 3095, 2003.

LINDQVIST, D. *et al.* Interleukin-6 is elevated in the cerebrospinal fluid of suicide attempters and related to symptom severity. Biological Psychiatry, v. 66, p. 287, 2009.

LUFT, A. & MENDES, F.F. Low S(+) ketamine doses: a review. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 55, p. 460, 2005.

MCKINNON, M.C. *et al.* A meta-analysis examining clinical predictors of hippocampal volume in patients with major depressive disorder. Journal of Psychiatry & Neuroscience. v. 34, p. 41, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Governo Federal. Depressão. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/d/depressao>. Acesso em: 2 mar. 2021

MONTGOMERY, S.A. & ÅSBERG, M.. A new depression scale designed to be sensitive to change. The British journal of psychiatry, v. 134, p. 382, 1979.

MULINARI, S. Monoamine theories of depression: historical impact on biomedical research. Journal of the History of the Neurosciences,v. 21, p. 366, 2012.

MURROUGH, J. W. *et al.* Antidepressant efficacy of ketamine in treatment-resistant major depression: a two-site randomized controlled trial. American Journal of Psychiatry, v. 170, p. 1134, 2013.

NETO, J.G. *et al.* Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 3, p. 10, 2001.

OMS Brasil - Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo. Pan American Health Organization / World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://tinyurl.com/25246b3t>. Acesso em: 02 mar. 2021.

OPAS/OMS Brasil - Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha "Vamos conversar". Pan American Health Organization / World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://tinyurl.com/5mmx95uf>. Acesso em: 02 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Suicídio. OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>. Acesso em: 02 mar. 2021.

ORSER, B.A. *et al.* "Multiple mechanisms of ketamine blockade of N-methyl-D-aspartate receptors." Anesthesiology v. 86, p. 903, 1997.

PARK, L. & ZARATE, C.. Depression in the Primary Care Setting. New England Journal of Medicine, v. 380, p. 559, 2019.

PHILLIPS, M.L. *et al.* Identifying predictors, moderators, and mediators of antidepressant response in major depressive disorder: neuroimaging approaches. American Journal Psychiatry, v. 172, p. 124, 2015.

PRICE, R.B. & MATHEW, S.J. Does ketamine have anti-suicidal properties? Current status and future directions. CNS Drugs, v. 29, p. 181, 2015.

QUILTY, L.C. *et al.* The structure of the Montgomery-Åsberg depression rating scale over the course of treatment for depression. International Journal of Methods in Psychiatric Research, v. 22, p. 175, 2013.

RAISON, C.L. *et al.* Activation of central nervous system inflammatory pathways by interferon-alpha: relationship to monoamines and depression. Biological Psychiatry, v. 65, p. 296, 2009.

REINSTATLER, L. & YOUSSEF, N.A. Ketamine as a potential treatment for suicidal ideation: a systematic review of the literature. Drugs in R&D, v. 15, p. 37, 2015.

SATTAR, Y. *et al.* A Review of the Mechanism of Antagonism of N-methyl-D-aspartate Receptor by Ketamine in Treatment-resistant Depression. Cureus, v. 10, e2652, 2018.

SCHWARCZ, R. *et al.* Kynurenines in the mammalian brain: when physiology meets pathology. Nature Reviews Neuroscience, v. 13, p. 465, 2012.

STEINER, J. *et al.* Immunological aspects in the neurobiology of suicide: elevated microglial density in schizophrenia and depression is associated with suicide. Journal of Psychiatric Research, v. 42, p. 151, 2008.

TabNet. Óbitos por Causas Externas. DATASUS, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 02 mar. 2021.

WALLIS, J.D. Cross-species studies of orbitofrontal cortex and value-based decision-making. Nature Neuroscience, v.15, p. 3, 2011.

WICHERS, M.C. *et al*. IDO and interferon-alpha-induced depressive symptoms: a shift in hypothesis from tryptophan depletion to neurotoxicity. Molecular Psychiatry, v. 10, p. 538, 2005.

WILKINSON, S.T. *et al*. The effect of a single dose of intravenous ketamine on suicidal ideation: a systematic review and individual participant data meta-analysis. American Journal of Psychiatry, v. 175, p. 150, 2018.

WILLIAMS, J.B. & KOBAK, K.A. Development and reliability of a structured interview guide for the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (SIGMA). British Journal of Psychiatry, v. 192, p. 52, 2008.

WITT, K. *et al*. Ketamine for suicidal ideation in adults with psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis of treatment trials. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, v. 54, p. 29, 2020.

WHO. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; p. 2017. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/. Acesso em: 02 mar. 2021.

ZANOS, P. & GOULD, T.D. Mechanisms of ketamine action as an antidepressant. Molecular Psychiatry, v. 23, p. 801, 2018.

ZARATE, C.A. *et al*. A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. Archives of General Psychiatry, v. 63, p. 856, 2006.

# CAPÍTULO 20

# PREVENÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO IDOSO NO COMBATE AO SUICÍDIO: REVISÃO DE LITERATURA

*Palavras-chave: Idoso; Suicídio; Saúde Mental*

LAYNE MENDONÇA SCHMITT[1]
ESTHER CARDOSO DOS SANTOS SOUZA[1]
CAROLINA BRAGANÇA E SILVA[1]
IARGRAM LEITE PEREIRA[1]
LUCAS CALDAS LÉON[1]
WEBERTON DORÁSIO SOBRINHO[2]
MATHEUS RODRIGUES DE ARAÚJO ESTRELA[1]
ANA CAROLINA TOCANTINS ALBUQUERQUE[1]
LUCAS LAFAERTO FELIX MAIA[1]
GABRIEL BARCELOS DE FREITAS[2]
ANNA PAULA AMARAL NASSARALLA[1]
YANA MAÍLLA PAMPLONA COSTA[1]
PAULO VITOR CARVALHO DUTRA[1]
LUÍS GUILHERME RASSI MAHAMED DAHER[3]
TALITA BRAGA[4]

1. Discente de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA.
2. Discente de Medicina da Universidade de Rio Verde, Campus Goianésia, Goiás, Brasil.
3. Discente de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Campus Goiânia (UFG).
4. Médica Especialista em Psiquiatria e Docente do Curso de Medicina no Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo natural que nas últimas décadas tem se tornado cada vez mais evidente, visto que, no âmbito da assistência à saúde: a prevenção, o diagnóstico precoce e os novos tratamentos eficazes e tecnológicos têm contribuído de forma significativa para o aumento da expectativa de vida e, consequentemente, nos números da população idosa mundial. Essa fase da vida abriga mudanças fisiológicas e nos hábitos, que quando são negligenciadas refletem negativamente no idoso, principalmente na saúde mental, tornando-o vulnerável a doenças bem como ao suicídio (RESENDE *et al.*, 2011; FLORES, 2015).

O suicídio é definido como uma agressão na qual o sujeito decide voltar-se contra si mesmo com o intuito de dar fim à própria vida. É um problema grave de saúde pública, visto que, mundialmente, cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio todos os anos (TEIXEIRA & MARTINS, 2018). O Brasil encontra-se entre os oito países com os maiores números absolutos de suicídios, e estima-se que 11 mil pessoas sejam vitimadas por esse mal anualmente (BERTOLOTE, 2012; BOTEGA, 2015).

Existe a tendência de crescimento do risco de suicídio com o aumento da idade, à medida que esse período da vida se vincula a processos biopsicossociais que podem induzir o idoso a desistir da própria vida, ou mesmo a adotar condutas autodestrutivas (CÔRTE *et al.*, 2014). A população idosa é a que mais cresce no Brasil e no mundo, estima-se que haja 600 milhões de idosos em todo planeta. Esse cenário requer que se atribua maior atenção aos problemas que atingem esse grupo etário, dentre esses, enfoca-se o suicídio (TEIXEIRA & MARTINS, 2018).

Existem circunstâncias e fatores que ocasionam fragilidades na velhice e potencializam o risco de suicídio, dentre elas, sofrimento devido a enfermidades crônicas; perda de capacidade funcional; fragilização dos laços familiares; abandono; solidão; violências sofridas ao longo da vida e depressão grave (MINAYO & CAVALCANTE, 2010; CAVALCANTE & MINAYO, 2012; CÔRTE *et al.*, 2014). Percebe-se, assim, a necessidade imperiosa de se desenvolver estudos sérios acerca do suicídio de idosos, que focalizem prioritariamente no estabelecimento de ações preventivas baseadas em evidência científica (TEIXEIRA & MARTINS, 2018).

Há quem diga que a ação suicida seja para “chamar atenção”. Muitas vezes, essa fala parte de familiares e profissionais de saúde quando se referem a episódios de ideações e tentativas de suicídio de idosos. A expressão “chamar atenção” tem sido largamente usada no campo das áreas da psicologia e da psiquiatria, em perspectivas normativas inspiradas em modelos objetivistas e instrumentais do cuidado (GUTIERREZ *et al.*, 2021).

O objetivo desse trabalho é evidenciar a prevenção da saúde mental no combate ao suicídio em idosos. Isso ocorreu devido à percepção da relevância do tema e o impacto na saúde do idoso.

## MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Os dados foram coletados dos acervos nas plataformas eletrônicas: *Us National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

(LILACS). As buscas foram realizadas utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCS): "Idoso"; "Suicídio"; "Saúde Mental", além de operadores Booleanos.

Como critérios de inclusão foram selecionados os estudos publicados no período de 2010 a 2020, em língua inglesa ou portuguesa, que abordam a temática desse estudo. Já o critério de exclusão levou em consideração estudos que não foram publicados no período descrito. Dessa forma, foram selecionados 20 estudos para o desenvolvimento desta revisão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevenção da saúde mental do idoso no combate ao suicídio começa com o rastreamento de doenças de base orgânica e na avaliação dos chamados 4 D's (Depressão, Desespero, Desamparo e Desesperança) são aspectos psicológicos que podem estar presentes tanto na fala quanto na expressão corporal desta população. Dentre eles, o desamparo e a desesperança são as emoções mais comuns, sendo que esta última pode persistir mesmo após a remissão de outros sintomas depressivos, visto sua capacidade de gerar baixas expectativas em relação ao futuro e de conseguir lidar com os problemas presentes, o que pode levar ao desespero, que contribui diretamente para o aumento da dor mental, depressão e, dessa forma, do risco de suicídio (LARANJEIRA, 2015; FERRO *et al.*, 2020).

Diante da presença de um dos 4 D's, faz-se necessária a observação emocional do idoso, visto que pessoas com risco de suicídio possuem três características próprias de estado principais: ambivalência, impulsividade e/ou rigidez da consciência. Posto isto, o objetivo de um profissional é minimizar o sentimento dos D's, providenciando esperança ao idoso de que as situações podem mudar para melhor, seja por meio de uma comunicação efetiva, a qual demonstre respeito, calma, aceitação e não julgamento, seja por outra forma de demonstrar empatia e humanidade (FERRO *et al.*, 2020).

Tendo todos os passos acima explanados, a estratificação de risco para se cometer suicídio deve ser analisada a partir de três aspectos: a existência de algum plano, de algum método e de alguma data para o ato. Caracteriza-se como risco baixo aquele em que se identifique apenas o plano. Se o indivíduo possuir, além do plano, um método (intoxicação medicamentosa, suicídio por arma de fogo, etc.) o risco é classificado como intermediário. Por fim, se a presença de todos os aspectos mencionados for detectada para tal ato, o risco é classificado como alto, tratando-se como uma emergência em saúde mental (FERRO *et al.*, 2020).

Posterior a isso, faz-se necessário o aconselhamento psicossocial que é uma peça fundamental na prevenção do suicídio entre os idosos. Ainda que breve, a realização dessa intervenção oral deve proporcionar uma transferência de informação efetiva que aborde temáticas como: o sofrimento, a ideação e a tentativa suicida, os fatores protetores e as alternativas terapêuticas. Essa medida, quando realizada adequadamente, pode proporcionar uma sobrevida de até 18 meses ao paciente da emergência por tentativa suicida (BROOKS *et al.*, 2019).

Quando o aconselhamento é estendido para um formato contínuo, ou seja, de acompanhamento presencial ou por meio de linhas telefônicas, esse contato interpessoal oferece uma redução na desesperança, mas não há alteração no padrão de sintomas

depressivos e não há melhora na satisfação de vida (OKOLIE *et al.*, 2017). Todavia, segundo estudo realizado em Belo Horizonte, MG, quando há adesão satisfatória ao aconselhamento proposto pelo profissional percebe-se melhorias globais na saúde individual que aumentam sua qualidade de vida (DE TOLEDO *et al.*, 2013).

Além disso, a reforma psiquiátrica foi um grande marco na saúde mental brasileira, visto que possibilitou o reconhecimento de que alguns indivíduos necessitavam de cuidado específico frente aos problemas mentais desenvolvidos. Nesse sentido, retirou o modelo manicomial pré-existente e investiu em redes integrais de cuidado que viabilizam a prevenção da saúde mental e a emancipação do indivíduo perante a sociedade (DAL POZ *et al.*, 2012; AMARANTE & NUNES, 2018).

Com a retirada do modelo manicomial pela reforma psiquiátrica houve a implementação redes de cuidado extra hospitalar para os pacientes psiquiátricos, sendo um deles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados em 1992, os quais são instituições que oferecem cuidado intermediário entre o ambulatorial e o hospitalar da população na sua região de abrangência (DAL POZ *et al.*, 2012).

Além disso, os objetivos do CAPS são: integrar o paciente na sociedade, possibilitar tratamento individualizado, garantir melhora cognitiva e comportamental para o paciente por meio do acompanhamento integral, criação de vínculo, acolhimento e autonomia. Dessa forma, podem ser classificados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas) que se diferenciam pela abrangência, população e composição da equipe (DAL POZ *et al.*, 2012; AMARANTE & NUNES, 2018).

No que diz respeito à prevenção da saúde mental do idoso, a reforma psiquiátrica foi importante porque correlacionou os três âmbitos da saúde: primário, secundário e terciário. No âmbito primário, esse processo ocorre por causa do Programa de Saúde da Família, no qual possibilita integralidade no cuidado, estabelecimento de vínculo, empoderamento por meio de encontros em grupos a fim de valorizar o envelhecimento, além de métodos de prevenção e promoção de saúde. Esses aspectos são imprescindíveis para o acolhimento do idoso e retirada de pensamentos potencialmente suicidas. O âmbito secundário e terciário é acionado caso haja necessidade de internação ou eventuais emergências (DAL POZ *et al.*, 2012; FIGUEIREDO *et al.*, 2015).

A atividade física também é uma forma de prevenção para a saúde mental do idoso. Segundo Barbosa e Acosta, envelhecimento saudável é a capacidade de manter um baixo risco de enfrentar quadros patológicos, de manter envolvimento ativo com a vida e de manter as autonomias física e cognitiva ativas. A autonomia é a capacidade de realizar atividades ou funções, utilizando-se de habilidades físicas e mentais para interagir socialmente, cumprir tarefas e praticar o lazer (BARBOSA & ACOSTA, 2010; MACIEL, 2010).

Uma possível ineficácia do idoso para desempenhar essas funções, gera um quadro de incapacidade funcional e ele passa a necessitar de auxílio em tarefas básicas e complexas, perdendo de fato a autonomia que costumava ter. Essa diminuição da funcionalidade é responsabilizada por alterações morfofisiológicas e patológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento. Essas alterações podem ser intensificadas e conservadas pelo cultivo de

maus hábitos alimentares e físicos (MACIEL, 2010).

Em pesquisa, encontraram índices de 38,2% de inatividade física entre os idosos, que é um número um tanto quanto considerável. Esse valor deve ser encarado com cuidado já que a prática de atividades físicas é, sim, um caminho para diminuição e prevenção da incapacidade funcional associada ao envelhecimento, mas a sua ausência pode dar origem a patologias que influenciam negativamente na autonomia do idoso além de poder propiciar o surgimento de pensamentos suicidas (MACIEL, 2010; BRASIL, 2015).

As vantagens funcionais consequentes da atividade física na terceira idade são significativas e cabe citar o desenvolvimento da massa muscular; a diminuição da taxa de morbimortalidade; melhora das taxas do lipidograma; previne e controla Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica; reduz incidência de acidente vascular cerebral e de demência; desenvolvimento positivo da autoestima e do humor; redução da ansiedade e do estresse. Portanto, são evidentes os benefícios da realização regular de atividades físicas claramente proporcionando melhorias na qualidade de vida bem como na saúde mental dos idosos (MACIEL, 2010).

Sendo assim, a atividade física é, também, um fator protetor para doenças psiquiátricas, em especial a depressão. E percebe-se que um em cada cinco idosos sofre de depressão em estudo promovido no estado de Santa Catarina. A participação em eventos religiosos e a realização de alguma atividade física regular mostraram-se protetores contra a ocorrência da doença depressiva. Em contrapartida, indivíduos do sexo feminino, com pior renda familiar, fumantes e solteiros mostraram-se como fator de risco (GULLICH *et al.*, 2016). O processo de envelhecimento necessita, portanto, da manutenção do corpo em atividade para a conservação das funções e favorecimento do melhor desempenho nas atividades da vida diária (CASAGRANDE *et al.*, 2013).

Além disso, deve-se considerar a fisiopatologia da depressão para se compreender como preveni-la com a atividade física. Em 1960, foi desenvolvida a teoria das monoaminas (dopamina, serotonina e noradrenalina), que postulava que a depressão seria causada pela falta dessas monoaminas cerebrais. A teoria leva em conta os efeitos dos medicamentos antidepressivos, que atuam inibindo a recaptação de serotonina, noradrenalina e/ou dopamina. Dessa forma, a atividade física faz um efeito semelhante ao aumentar a quantidade de monoaminas biogênicas na fenda sináptica, bem como aumenta a quantidade de ß-endorfinas, o que propicia melhora em sintomas depressivos e diminuição dos pensamentos suicidas (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

O envelhecimento, apesar de se tratar de um fenômeno fisiológico, é muitas vezes associado a fatores negativos. Por isso, a prevenção da capacidade funcional e a independência física e psíquica são necessários para um envelhecimento saudável e para a manutenção da qualidade de vida. Práticas de atividades físicas e recreativas, sensação de autonomia vêm de encontro com os principais problemas dessa população (GULLICH *et al.*, 2016).

A necessidade de identificação e tratamento de pessoas idosas com problemas de saúde mental tem aumentado cada vez mais, com isso, estratégias específicas são necessárias para se envolver com pacientes suicidas idosos. Logo, muito se debate sobre a

atenção do apoio familiar e social como meios de prevenção para o combate ao suicídio. Em um estudo na China, América Latina e Índia evidenciaram que os baixos níveis de apoio social podem aumentar o risco de morte entre idosos (SANTINI *et al.*, 2015). Além disso, outros estudos descobriram que o apoio familiar, de amigos e vizinhos desempenhavam um papel importante na saúde mental desta população, revelando um fator positivo para o cuidado contra o suicídio (ZHAI *et al.*, 2019).

O apoio social consiste não apenas em fornecer assistência emocional ou instrumental para o idoso, como na rede familiar ou de amigos e nas relações de confiança, ele emprega o conceito de rede social, que abrange centros de convivência, atividades religiosas, voluntárias ou comunitárias e serviços de apoio que na maioria das vezes oferecem atendimento multidisciplinar. A união dessas assistências impacta na saúde global da pessoa idosa e reforça o apoio, o senso de pertencimento social, o bem-estar e a satisfação com a vida (MAIA *et al.*, 2016; POSSATTO & RABELO, 2017).

Os impactos positivos do suporte social da saúde mental do idoso é unânime na literatura e abrangem além da redução da incidência de doenças psiquiátricas, o incentivo ao envelhecimento saudável e a profilaxia e/ou tratamento das síndromes geriátricas. No entanto, quando se trata do oposto, a ausência do apoio social, leva as repercussões como: aumento de estresse, ansiedade e tensões e dificuldade para exercer tarefas mais complexas, sinalizando um problema de saúde pública, visto que, os transtornos mentais são responsáveis por grande parte do aumento do número de suicídios, evidenciados na população idosa, e de anos vividos com incapacidade (MAIA *et al.*, 2016; POSSATTO & RABELO, 2017).

Além disso, foi verificado em alguns casos especiais a experiência de perdas que levaram ao sentimento de solidão, como idosos que perderam o único filho, os que migraram para outras cidades e aqueles com ninhos vazios, os quais tornaram-se grupos vulneráveis em saúde mental (ZHAI *et al.*, 2019). Assim, a solidão seria responsável por aumentar o desamparo do indivíduo, levando o idoso a perceber-se como excluído da família e da sociedade. Tal situação reforça a necessidade de fatores de proteção e prevenção na saúde mental e no comportamento suicida, para tanto, é fundamental buscar estratégias de enfrentamento funcional e o exercício da afetividade entre os idosos que estão em momentos de solidão.

Outro ponto observado como entrave para o bom desenvolvimento da saúde mental do idoso foi a questão da falta de investimento em acolhimento, rodas de conversa, grupos, terapias, fóruns e conferências de saúde como equipamentos para cuidados em saúde. A carência de um espaço de acolhimento e escuta nos serviços de saúde e convivência, e também de um apoio profissional no qual o idoso possa encontrar ajuda podem ampliar a vulnerabilidade dos idosos em relação ao risco de suicídio (CHEN *et al.*, 2011). Dessa forma, observa-se a importância da construção de espaços de convivência que ofereçam atividades físicas e de lazer, acesso à atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, suporte social e familiar evitando o isolamento e solidão e colaborando com a minimização da ideação suicida entre os idosos.

Ademais, o envelhecimento produz modificações no organismo do indivíduo,

causando alterações tanto de caráter físico como também de caráter mental, podendo influenciar para o desenvolvimento de doenças crônicas, tornando o idoso mais vulnerável a desenvolver transtornos mentais como a depressão. Todavia, encaixa-se nesse contexto a religião e espiritualidade, como um instrumento da tentativa de entender o sentido da vida para os idosos e assim enfrentar as comorbidades que afetam a sua saúde (NERY *et al.*, 2018).

Quando se pensa em saúde mental, vale também correlacionar com o suicídio na faixa etária de idosos, possuindo relação com questões de isolamento, presença de frustrações, ausência de um suporte familiar. Desse modo, novamente está papel da religião, do qual oferece tanto uma tentativa de explicar o significado da vida para os idosos como um local para novas maneiras de preencher o tempo e assim, formar novos relacionamentos sociais, fugindo dos fatores que podem levar tanto a depressão como também suicídio (FIGUEIREDO *et al.*, 2015).

A religião é uma maneira do idoso se tranquilizar frente a uma doença seja ela de caráter físico ou mental, assim como um lugar de conforto frente às incertezas. Os idosos tentam buscar então um sentido para os problemas que estão enfrentando durante essa fase da vida (NERY *et al.*, 2018). A fé serve de instrumento para os idosos no quesito de regular determinados comportamentos e também emoções, mostrando ainda a relação entre a crença na religiosidade, juntamente com um menor nível de pensamentos relacionados ao suicídio (FIGUEIREDO *et al.*, 2015).

## CONCLUSÃO

Levando-se em consideração os aspectos mencionados no presente estudo, é possível concluir que o processo de envelhecimento é acompanhado por maior do risco de suicídio, pois o aumento da idade está vinculado a mudanças biopsicossociais que trazem vulnerabilidade e podem culminar em comportamentos autodestrutivos. Abandono, sentimento de solidão e falta de suporte social são fatores que afetam a saúde mental do idoso negativamente por potencializarem os sentimentos dos 4 D's (Depressão, Desespero, Desamparo e Desesperança), que são aspectos psicológicos importantes na avaliação potencial suicida entre esta população. Já fatores como prática de exercício físico, redes de cuidado como o CAPS, suporte social e familiar e religiosidade afetam positivamente a saúde mental dos idosos, pois diminuem os 4 D's, proporcionando, assim, melhor qualidade de vida, bem-estar, e, consequentemente, diminuindo o risco de suicídio.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de investimento em prevenção da saúde mental do idoso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. & NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2067, 2018.

BARBOSA, M.G. & ACOSTA, M.A.F. Atividade física e nutrição como fatores na promoção do envelhecimento saudável na opinião de indivíduos idosos. EFDEPORTES.com, v. 15, 2010.

BERTOLOTE, J.M. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Unesp, 2012.

BOTEGA, N.J. Crise suicida: avaliação e manejo. Artmed, p. 38-61, 2015.

BRASIL. Vigitel Brasil 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf. Acesso em: 25 mar. 2021.

BROOKS, S.E. *et al*. Suicide in the Elderly: A Multidisciplinary Approach to Prevention. Clinics in Geriatric Medicine, v. 35, p. 133, 2019.

CASAGRANDE, G. *et al*. Qualidade de vida e incidência de depressão em idosas que frequentam grupos de terceira idade. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 10, p. 52, 2013.

CAVALCANTE, F.G. & MINAYO, M.C.S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 1943, 2012.

CHEN, W.J. *et al*. The relationships between quality of life, psychiatric illness, and suicidal ideation in geriatric veterans living in a veterans' home: a structural equation modeling approach. The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, v. 19, p. 597, 2011.

CÔRTE, B. *et al.* Suicídio de idosos e mídia: o que dizem as notícias? Psicologia USP, v. 25, p. 253, 2014.

DAL POZ, M.R. *et al*. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. Physis, v. 22, p. 621, 2012.

DE TOLEDO, M.T. *et al*. Adherence to healthy ways of life through counselling by health care professionals. Revista de Saúde Pública, v. 47, p. 540, 2013.

FERRO, L.F. *et al*. M. SAÚDE MENTAL DO IDOSO: reflexões sobre a prevenção do suicídio e o trabalho em rede. Extensão em Foco, 2020.

FIGUEIREDO, A.E. *et al*. É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 1711, 2015.

FLORES, L.P.O. O Envelhecimento da População Brasileira. Revista Eletrônica do Departamento de Ciências Contábeis & Departamento de Atuária e Métodos Quantitativos (REDECA), v. 2, p. 86, 2015.

GULLICH, I. *et al*. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 19, p. 691, 2016.

GUTIERREZ, D.M.D. *et al*. Pessoas idosas tentam suicídio para chamar atenção? Saúde e Sociedade, v. 29, e190659, 2020.

LARANJEIRA, P.I.C. A relação entre depressão e ideação suicida em jovens adultos: o papel mediador da desesperança e da dor mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Évora; Portugal, 2015.

MACIEL, M.G. Atividade física e funcionalidade do idoso. Motriz: Revista de Educação Física, v. 16, p. 1024, 2010.

MAIA, C.M.L. *et al*. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. International Journal of Developmental and Educational Psychology, v. 1, p. 293, 2016.

MINAYO, M.C.S. & CAVALCANTE, F.G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. Revista de Saúde Pública, v. 44, p. 750, 2010.

NERY, B.L.S. *et al.* Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, e2017, 2018.

OKOLIE, C. *et al*. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. International Psychogeriatrics, v. 29, p. 1801, 2017.

OLIVEIRA, E.M. *et al*. Benefícios da atividade física para a saúde mental. Saúde Coletiva, v. 8, p. 126, 2010.

POSSATTO, J. & RABELO, D. Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos. Revista Kairós: Gerontologia, v. 20, p. 45, 2017.

RESENDE, M.C. *et al*. Saúde mental e envelhecimento. Psico, v. 42, 2011.

SANTINI, Z.I. *et al*. Social network typologies and mortality risk among older people in China, India, and Latin America: A 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. Social Science & Medicine, v. 147, p. 134, 2015.

TEIXEIRA, S.M.O. & MARTINS, J.C.O. O suicídio de idosos em Teresina: fragmentos de autópsias psicossociais. Fractal: Revista de Psicologia, v. 30, p. 262, 2018.

ZHAI, S.G. *et al*. Study on the relationship between social support and mental health of the elderly in China: A case study of Xi'an city, Shaanxi province. Journal of Mental Health, v. 28, p. 119, 2019.

# CAPÍTULO 21

# HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

*Palavras-chave: Assistência à Saúde; Humanização da Assistência; Unidades de Terapia Intensiva*

CARLOS HENRIQUE NUNES PIRES[1]
MIRIAM ELAYNE MACËDO DE SOUSA[2]
THAYANNE SOUSA DE FREITAS[2]
NATALIA DA SILVA TEIXEIRA[2]
MILENA THAISA RODRIGUES DE ARAUJO[3]
LAISA FERNANDA DOS ANJOS GOMES[3]
EMYLLA DE SOUSA SILVA[3]
ISRAELE PAZ DE MORAES[4]
DÉBORA VIRGÍNIA CASTELO BRANCO SALES ARAÚJO[5]
MÁRCIA DE SOUSA SILVA[6]
JORDEILSON LUIS ARAÚJO SILVA[7]
WELBER SILVA ARAÚJO[8]

1. Discente do curso de Enfermagem da Faculdade Pitágoras-Instituto Camilo Filho.
2. Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI.
3. Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho.
4. Discente do curso de Enfermagem da Cristo Faculdade do Piauí.
5. Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Uninassal.
6. Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário UniFacid.
7. Discente em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo.
8. Pós-graduado em Gestão em Saúde Pela UESPI.

## INTRODUÇÃO

A desumanização passou a ser compreendida conforme a evolução das sociedade e dos usuários, as relações tecnicistas e não dialógicas favorecem as ações restritas de conduta-procedimento, baseadas na racionalidade biomédica e sendo gerador de conflitos, dificuldades frente as demandas atuais dos usuários, representando contradições sociais, tornando o encontro dramático com objetivos distintos (ALBUQUERQUE, 2019).

Humanização se tornou um termo grandemente difundido, porém este movimento, tem ação em diversas frentes, no gerenciamento do cuidado, nas condições de trabalho, entre outras, se faz materializado por meio de ações. Junto a integralidade, termos estes que partem do conceito de saúde-doença, promover uma visão abrangente sobre as necessidades dos sujeitos não se detendo somente a uma concepção, mas as várias que se integram para uma visão mais holística possível, entre elas biologicista que é a mais empregada unilateralmente, a uni causal que emprega uma visão restritiva das doenças dos pacientes e integralidade que por meio de determinação social, condicionamento biológico, ambiental e o desencadeador biológico, alterações psicológica altera os cuidados para o doente (OLIVEIRA & CUTOLO, 2012).

Para Albuquerque (2019), as tecnologias têm caráter humanizador, porém o processo de desumanização está pautado em fins buscados que não sejam as necessidades dos usuários tornando-os periféricos e centralizado o processo produtivo, o que ocasiona a perda de controle, dificuldades na melhoria do cuidado adesão ao tratamento e mudança dos hábitos de vida, a exploração do lucro torna a compreensão do processo saúde-doença reducionista e maniqueísta.

A implantação de uma mudança nos modelos antes empregados centralizados e verticalizados, desumanizadores; considera mudanças tanto macro (sistema público de saúde) como micro entre usuário e profissional, portanto as mudanças nas caraterísticas de um sistema público trouxeram a prevenção de risco. A Política Nacional de Humanização (PNH) implantada em 2003, traduz o caos gerado pelo modelo biomédico, centrado na doença, com método cartesiano e cada vez mais especializado em parte do sujeito que o transformam em objeto do sistema (SOUZA & MAURÍCIO, 2018).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como principal objetivo identificar as principais evidências científicas sobre a humanização do cuidado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e objetivos secundários: identificar tecnologias leves utilizadas para o alcance do processo de humanização em UTI, identificar práticas positivas dos profissionais no seu âmbito de trabalho, caracterizar a humanização frente ao avanço tecnológico.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa desenvolvida em seis etapas recorrentes e interdependentes: identificação do tema e da questão de pesquisa para a revisão; designação dos critérios de inclusão e exclusão de estudos; seleção dos artigos; análise crítica dos estudos selecionados; interpretação dos estudos e apresentação de uma síntese da revisão.

A coleta de dados foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e Base de Dados de

Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Bibliografía Nacional en Ciencias de la Salud* (BINACIS) e Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) usando os descritores em saúde (Decs): "Assistência à Saúde", "Humanização da Assistência" e "Unidades de Terapia Intensiva", utilizando o operador booleano "END".

Portanto elaborou-se a seguinte pergunta norteadora desta pesquisa: Quais as principais evidências científicas sobre a humanização do cuidado nas UTIs. Como critérios de inclusão foram: estudos disponíveis na integra, publicados no período de 2016 a 2021, no idioma português, que abordem o tema da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa capítulos de livros, dissertações, resumos, textos incompletos, teses, monografias, relatos técnicos e outras formas de publicação que não eram artigos científicos completos ou que não apresentavam os descritores selecionados.

Na busca inicial a partir dos descritores e do operador booleano "AND" foram encontrados 90 artigos. Aplicando os critérios de inclusão, selecionou-se artigos na LILACS, BDENF, totalizando 23 artigos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resumos de todos os artigos foram lidos na íntegra e avaliados. Após a análise dos resumos, estudos responderam à questão norteadora, compondo, desta forma, a amostra final desta revisão. Os 12 artigos foram então lidos integralmente. Destes, 7 (68,33%) foram encontrados na LILACS, 5 (41,67%) na BDENF. Quanto ao ano, os que apresentaram mais publicações eram referentes ao ano de 2016 sendo 5 artigos (51,67%), já nos anos de 2017, 2018 e 2019 foram encontrados somente 2 artigos (16,66%) de cada ano sobre o assunto.

### Tecnologias no o alcance do processo de humanização em UTI

Para Pereira *et al.* (2019), a qualidade da assistência empregada pela instituição e nos setores de terapia intensiva comprometem as visões e ações dos enfermeiros no tocante a implantação prática de humanização bem como visões holísticas dos processos saúde-doença, sendo necessária uma mudança institucional do ponto de organização e reorganização caracterizada por essa linha de pensamento.

Ao tentar aproximar o cuidado de resultados possíveis com os alcançados pretende-se de modo assistencial a busca pela qualidade da assistência, entretanto para que se lancem mão de melhoras dos cuidados, são necessários além de profissionais qualificados que livrem os pacientes de danos desnecessário, uma estrutura adequada e recursos humanos condizentes para os processos assistenciais empregados (PEREIRA *et al.*, 2019).

A UTI, caracteriza-se por ser um ambiente especializado em pacientes de alta complexidade, e por essa razão houve a necessidade de uma demanda de tecnologias para auxiliar na assistência. Essas tecnologias podem ser divididas em três categorias, a primeira, tecnologia leve: consiste em comunicação, escuta, vínculo, ou seja, oferecida pelo próprio profissional; a segunda, tecnologia leve-dura: consiste na parte clínica e epidemiológica bem como produções técnicas; e a terceira, tecnologia dura: consiste em equipamentos, máquinas e outros

materiais utilizados durante o cuidado (ALMEIDA & FÓFANO, 2016; DONOSO *et al.*, 2017).

Com o passar do tempo, a UTI tornou-se um local em que a técnica se sobrepôs aos aspectos relacionados ao cuidado, uma vez que os profissionais que ali desenvolvem suas ações estão sobremaneira envolvidos com máquinas e monitores e tendem a esquecer que, além dos problemas de doença, existem um paciente, sua família e o contexto social que esta inserido (VICENSI, 2016).

Mediante a estas situações entendeu-se que cuidar de forma humanizada é uma necessidade atual, visto que, o cuidado acaba sendo a aplicação de uma técnica. Entretanto, para que se possa humanizar, é importante compreender que o ser ao qual está sendo aplicada a técnica é um agente biopsicossocial que precisa ser atendido de forma integral e não só no que se refere ao seu quadro patológico (CASTRO *et al.*, 2019).

Segundo Santos *et al.* (2018), a humanização ganhou destaque no âmbito da saúde nos últimos anos, para promover uma transformação no modo de cuidar do profissional de saúde. Este destaque foi promovido pela criação da PNH, que trouxe uma proposta política transversal, com conjuntos de princípios e diretrizes traduzidos nas práticas de saúde, serviços e instâncias do sistema, caracterizando como uma construção coletiva, envolvendo paciente e profissional.

Com base na Figura 21.1 é possível identificar conceitos chaves compreendidos pelos diversos autores na busca por uma humanização nas UTIs.

**Figura 21.1.** Principais pontos abordados pelos autores sobre a humanização em UTI

Segundo Mondadori *et al.* (2016) a humanização tem uma ligação estreita com as tecnologias leves, pois só há humanização mediante respeito, cordialidade, comunicação e apreço pelas necessidades individuais do paciente, mesmo aqueles que não conseguem falar e a família dos pacientes.

Porém, não se abstêm somente ao cuidado, a literatura mostra que a humanização está integrada em oferecer uma estrutura de qualidade, materiais e insumos, sendo preciso também fornecer informações de fácil entendimento (FILHO *et al.*, 2019).

Assim humanizar passa a ser responsabilidade de todos, individual e coletivamente. Sendo preciso reconstruí-la em todos os atos de saúde, quer aqueles burocráticos, administrativos, ou aqueles relacionais. Humanização no setor saúde é ir além da competência tecno-cientifica ou política dos profissionais, compreende o desenvolvimento da competência das relações interpessoais que precisam estar pautadas no respeito ao ser humano, no respeito à vida, na solidariedade, na sensibilidade de percepção das necessidades singulares dos sujeitos envolvidos (REIS *et al.*, 2016).

Para um cuidado mais humanizado Castro *et al.* (2019) defendem o uso, presente em todas as etapas da sistematização do cuidado com o uso da comunicação eficaz, para ele a comunicação está presente entre profissionais e familiares, com o próprio paciente e entre a equipe, necessita-se ter entre todos os profissionais o uso adequado da ética, facilitando um ambiente de comunicação tolerante e aberto para os processos de assistência estabelecidos.

## Práticas positivas dos profissionais no seu âmbito de trabalho

Entre as práticas positivas, as que buscam além das práticas baseadas em evidência a relação de humanização que tem efeito benéfico para ambos os lados, tanto antes, durante como após a prestação de uma assistência de qualidade. É intrínseca a prestação em consonância por toda a equipe, a multidisciplinaridade se faz presente para que não ocorram equívocos nem excessos, o desenvolvimento de papéis profissionais e articulação de ações, destacam uma assistência humanizada e ressoante as evidências científicas (CASTRO *et al.*, 2019).

> "Identificou-se que o fator mais restritivo do trabalho em equipe multiprofissional em terapia intensiva consiste no desrespeito entre os profissionais. Isto pode ser resultante das relações de hierarquia e falta de conhecimento do fazer de cada profissional, além de falta de comunicação." (CASTRO *et al.*, 2019. p. 5.)

Três artigos (10,7%) relatam que apesar dos profissionais não conhecerem de forma concreta a PNH, buscam em princípios básicos da política a implementação na sua pratica cotidiana, implementando valores de respeito, dignidade e o estabelecimento de relações, espaço de esculta e individualidade dos sujeitos (ALMEIDA & FÓFANO, 2016; MONDADORI *et al.*, 2016; CASTRO *et al.*, 2019)

Pensando em um processo complexo, abrangente e dinâmico, que envolve todo o ambiente e os sujeitos que nele estão inseridos, humanizar a assistência destes locais tem sido cada vez mais desafiante, pois a mudança de pensamento deve ser pautada em primeiro lugar para que ocorram mudanças significativas sendo defendidas a esculta dos profissionais, a qualificação, desenvolvimento de oficinas e incentivo à melhora da qualidade dos cuidados prestados (SANTOS *et al.*, 2018).

Para avanço, entretanto, as mudanças precisam ter sentido para os pacientes, que além dos cuidados prestados tenhamos solicitações ouvidas, atendidas e explicadas, essas estão caracterizadas por anseios, medos e angústias a serem, se não sanadas, compreendidas, além das doenças ou reflexo destas (DONOSO *et al.*, 2017).

## Caracterizar a humanização frente ao avanço tecnológico

São características importantes em um ambiente de terapia intensiva o uso de tecnologias duras. Vários são os

equipamentos envolvidos no cuidado, imprescindíveis para o monitoramento adequado dos pacientes em suas diversas comorbidades e quadros clínicos de instabilidade hemodinâmica, o uso racional delas envolve não só conhecimentos técnico, mas clínico, o que tem envolvido profissionais e os tornando reféns da tecnologia, trabalhando em um contexto cada vez mais biologicista, por vezes uni causal.

Para Sousa *et al.* (2019), manter os cuidados com limpeza e organização estão bem empregados dentro dessa rotina, desagregando as vezes de cuidados sociais e espirituais, com o mesmo pensamento podemos destacar o pensamento de Castro *et al.*:

> "O ambiente da UTI deve ser bem apresentável, harmonioso, agradável, organizado e limpo, proporcionando conforto e bem-estar aos pacientes, familiares e profissionais, o que vai ao encontro do conceito de ambiência proposto pela PNH, segundo o qual é importante criar espaços saudáveis e acolhedores, que proporcionem privacidade aos envolvidos nesse processo de cuidado. O distanciamento pode ser um fator dificultador para os profissionais, pacientes e seus familiares, pois gera ansiedade e medo. Diante desse aspecto, a comunicação consiste em uma estratégia para humanizar o cuidado. Esta deve ser direcionada aos pacientes, sejam conscientes, sejam inconscientes, e aos seus familiares, tendo em vista informá-los acerca do contexto e quadro clínico do familiar internado na UTI e acolher sua angústia, esperança e medo." (2019, p. 7.)

Para Santos *et al.* (2018) o ambiente de UTI tem tomado o foco da prestação de assistência, a inserção de tecnologias para alcance rápido de condições dos pacientes é percebida como melhor busca de cuidados que as relações enfermeiro-pacientes, portanto a assistência está cada vez mais fragmentada, um modelo curativistas, que tem o objetivo de conseguir a cura da patologia, ressalta-se um cenário em que os profissionais tem que adquirir cada vez mais conhecimento técnico e científico para obter domínio de suas práticas, porém o objetivo com a qual se emprega esta precisa ser elencado por todos os profissionais, a qual deve ser associada a humanização.

Analisando os fatores estressores Barth *et al* (2018), identifica que o conhecimento por parte da família foi um dos pontos da pesquisa que teve maior impacto, sendo o coma o mais relevante, dessa forma contribuíram para a redução do estresse entre os familiares a comunicação com a equipe e esclarecimentos das dúvidas, sobre as condições clínicas, os aspectos de melhora ou piora do quadro e condutas a serem tomadas, também é relevante a compreensão da equipe das limitações de visitas, porém a flexibilidade dos horários tem impacto como fator positivo, e negativo o tempo de visita apontado pelos familiares como limitante.

Apontando como medidas importantes, baseadas na PNH por Mondadori *et al.* (2016), a serem adotas por profissionais como chamá-lo pelo nome, olhá-lo nos olhos, explicar com antecedência os procedimentos que serão realizados, estar atento aos sinais não verbais emitidos por ele, preservar sua privacidade e confiança, preocupar-se com as dores e desconforto, facilitar a aproximação dele com sua família, possibilitar que ele participe de seu processo de cura, agindo com carinho, respeito e ética.

## CONCLUSÃO

Para além do limite que envolve o recorte adotado, a revisão realizada possibilitou analisar a produção recente sobre o fenômeno da humanização no contexto da assistência intensiva e sobre quais concepções e bases teóricas estão sendo construídas. Sob

o olhar da saúde, esse objeto ainda se mostra fundamentado e significado no interior de conceitos hegemônicos, racionalizadores e "biologizantes", que não comportam sua gênese e neutralizam práticas mais ampliadas, humanizadas e integrais que poderiam ser mais efetivas. A fim de melhorar o ambiente de trabalho como reestruturação para acolher os familiares, a flexibilização de horários, capacitação dos profissionais e ferramentas de comunicação.

A visita aberta é um facilitador entre profissional-paciente-família, para aproximar os pacientes e profissionais das suas reais necessidades. Sendo importante para a coordenação da UTI locais para a troca de experiências e discussão de casos e a dinâmica do setor bem como a capacitação continuada de forma regular.

A implementação de discussões favoráveis a ampliação do conhecimento por profissionais que prestam a assistência, aproximando as práticas já implementadas as necessidades dos pacientes e familiares, bem como a adequação dos setores para o favorecimento da assistência, são importantes medidas a serem planejadas pelos coordenadores, visando a multidisciplinaridade e o concatenamento dos diversos profissionais com base na política nacional de humanização. Como fator que dificultou o estudo apresenta-se poucas bases de dados e a busca em somente uma língua, porém apresentaram-se pesquisas resultados relevantes sobre o tema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, G.S.C. Sobre a humanização no trabalho em Saúde. Interface. v. 23, p. 1, 2019.

ALMEIDA, Q. & FÓFANO. G.A. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. HU Revista. v. 42, p. 191, 2016.

BARTH, A.A. *et al*. Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira Terapia Intensiva. v. 28, p. 323, 2016.

CASTRO, A.S. *et al*. Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. v. 32, p. 1. 2019.

DONOSO, M.T.V. *et al*. A enfermagem nas unidades de terapia intensiva: o aparato tecnológico versus a humanização da assistência. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 7, p. 1883, 2017.

FILHO, C.C.Z.S. *et al*. Estratégias do enfermeiro intensivista neonatal frente à humanização do cuidado. Cuidarte Enfermagem v. 13, p. 180, 2019.

MONDADORI, A.G. *et al*. Humanização da fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: estudo transversal. Fisioterapia Pesquisa. v. 23, p. 294, 2016.

OLIVEIRA, I.C. & CUTOLO, L.R.A. Humanização como expressão de Integralidade. O Mundo da Saúde. v. 36, p. 502, 2012.

PEREIRA, M.C.C. *et al.* Saberes e práticas do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva. Revista de Enfermagem UFPE, v. 13, p. 70, 2019.

REIS, C.C.A. *et al*. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. Journal of Research: Fundamental Care Online. v. 8, p. 4212, 2016.

SANTOS, E.L. *et al.* Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista. Revista Baiana de Enfermagem. v. 32. p. 1. 2018.

SOUZA, D.O. & MAURÍCIO, G.C. A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde. Saúde e Sociedade, v. 27, p. 495, 2018.

SOUZA, P.T.L. *et al.* Necessidades humanas básicas em terapia intensiva. Journal of Research: Fundamental Care Online, v. 11, p. 1011, 2019.

VICENSI, M.C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Revista Bioética, v. 24, p. 64, 2016.

# CAPÍTULO 22

# PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

*Palavras-chave: Terapias Complementares; Atenção Primária em Saúde; Serviços de Saúde Mental*

MARIA FERNANDA FIGUEIREDO LANZA DIAS[1]
AMANDA DUARTE BRETAS[1]
FERNANDA PIMENTA FERNANDES[1]
AMANDA CAMBRAIA FERREIRA[1]

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

## INTRODUÇÃO

O conceito de saúde pode ser entendido de acordo com os princípios propostos pela Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ottawa, 1986, segundo os quais são condições fundamentais para o seu estabelecimento: paz, habitação, educação, renda, alimentação, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Dessa forma, as condições de saúde devem ser determinadas por uma visão integral do ser, distanciando-se de relações lineares de causa e efeito de uma doença (ABIB, 2008; MAGALHÃES & ALVIM, 2013).

O campo da saúde mental vem passando por diversas transformações no Brasil, principalmente a partir da década de 1970, quando a Reforma Psiquiátrica ganhou espaço e surgiram ideias que vislumbravam por um atendimento mais humano e não centralizado em hospitais psiquiátricos, ancoradas em projetos terapêuticos pautados na inclusão das pessoas em sofrimento psíquico e não na reclusão. Um dos reflexos desta corrente foi a criação de diferentes serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, o qual nem sempre é suficiente para promover a redução dos sintomas e a prevenção de agravos dos pacientes portadores de transtornos mentais. Nesse contexto, a inclusão de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) torna-se relevante para preencher essa carência (ABIB, 2008).

A busca por práticas alternativas se intensificou a partir da crise do modelo biomédico, que se iniciou na década de 60, na qual os pacientes apresentavam-se insatisfeitos com os serviços de saúde, com as listas de espera e os efeitos colaterais dos medicamentos e das intervenções cirúrgicas. A partir desse contexto, a elaboração de políticas públicas para a utilização cuidadosa e integrada das PICs, denominadas de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA), passou a ser incentivada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 70 (SANTANA, 2017).

As PICs vão além da doença física, proporcionando tanto a melhora da saúde quanto a prevenção de enfermidades e de agravos físicos ou mentais (PAPA *et al.*, 2016). Podem ser definidas, então, como práticas não medicamentosas que visam a inclusão do paciente no ambiente e na sociedade (CARVALHO & NÓBREGA, 2017; MAGALHÃES & ALVIM, 2013).

Além de trabalhar a espiritualidade, as PICs favorecem a compreensão da universalidade e da essência do indivíduo pois se direcionam para o bem estar social, emocional e espiritual. Nesse contexto, a inserção dessas práticas à Atenção Básica pode acarretar muitos benefícios para os pacientes, principalmente relacionados à saúde mental (PAPA *et al.*, 2016).

O objetivo deste estudo foi analisar a eficácia das PICs no contexto assistencial no âmbito da atenção psicossocial aos portadores de transtornos mentais. Pretende-se identificar ainda as práticas mais utilizadas, seus efeitos terapêuticos e os principais desafios encontrados na implementação das PICs na Atenção Básica.

## MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliográfica com artigos retirados das bases de dados SciELO, LILACS e PubMed. Os

descritores utilizados na busca, de maneira combinada e isolada, foram: "Terapias Complementares", "Atenção Primária em Saúde" e "Serviços de Saúde Mental", por meio dos operadores "AND" e "OR", respectivamente.

Dentro desta busca, foram encontrados 349 artigos, nos quais foram aplicados filtros, a fim de restringir a pesquisa apenas para artigos em inglês e português, publicados entre 2008 e 2021. Dentre esses artigos, 10 foram selecionados após passarem por uma análise minuciosa, levando em consideração o conteúdo e a relevância de cada um.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A inserção das PICSs na Atenção Psicossocial por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi de grande importância, tendo em vista seu reforço aos princípios do SUS: universalidade, acessibilidade, equidade, vínculo e continuidade do cuidado (SANTANA, 2017). O fato de a PNPIC estimular o acesso dessas práticas à atenção básica contribuiu fortemente para a ampliação e disseminação das mesmas, resultando, desta forma, em um cuidado contínuo, integral e humanizado (CARVALHO & NÓBREGA, 2017).

As PICs constituintes do PNPIC mais disseminadas são acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo e medicina antroposófica (Tabela 22.1) (CARVALHO & NÓBREGA, 2017; SCHVEITZER *et al.*, 2012).

Os benefícios dessas práticas incluem alívio da ansiedade, relaxamento, descontração, aumento da coordenação

**Tabela 22.1.** Descrição das Práticas Integrativas e Complementares da PNPIC

| Prática | Número de Infectados |
|---|---|
| **Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura)** | Sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento aponta a teoria do Ying-Yang e a dos cinco elementos (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais). A Acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. |
| **Homeopatia** | Sistema médico complexo de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Fundamentada na Lei dos semelhantes (*Similia similibus curantur*): uma substância capaz de causar efeitos em um organismo, pode também curar efeitos semelhantes a estes num organismo doente. Utiliza medicamentos homeopáticos. |
| **Plantas Medicinais e Fitoterapia** | Terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origem muito antiga, relacionada aos primórdios da sociedade. |
| **Termalismo – Crenoterapia** | O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal. O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde, seja para recuperar ou tratar a saúde, assim como preservá-la.<br>A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde |
| **Medicina Antroposófica** | Abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Dentre os recursos que acompanham a abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da Medicina Antroposófica |

**Fonte:** SCHVEITZER *et al.*, 2012.

motora, redução do uso de medicamentos, responsabilidade pela própria saúde e empoderamento na busca do autocuidado (PAPA *et al.*, 2016; AGUIAR *et al.*, 2017; MENDES *et al.*, 2019).

Em se tratando de saúde mental, o tratamento é, na maioria das vezes, farmacológico, focado nas demandas emocionais e priorizando os sintomas psicóticos, depressivos e maníacos. Ao estimular o paciente a experimentar práticas não convencionais, têm-se um aumento do autoconhecimento, de forma que este assume a responsabilidade pelo cuidado e também pela manutenção da própria saúde. Desse modo, os indivíduos aprendem a lidar, de forma mais adequada, com suas dificuldades, medos e inseguranças, e assim, são capazes de suprir suas necessidades (SANTANA, 2017).

Muitos usuários procuram as PICs devido a transtornos mentais leves e graves; alívio de sintomas psicossomáticos, como aumento de frequência cardíaca, tremores, boca seca, sensação de nó na garganta e falta de ar, por exemplo; alternativa ao uso de medicamentos; doenças crônicas, como diabetes e hipertensão; ansiedade e insônia (AGUIAR *et al.*, 2019).

Desse modo, as PICs buscam tratar o indivíduo em sua totalidade, uma vez que favorece o cuidado integral de corpo e mente, e leva em consideração as alterações orgânicas e emocionais do indivíduo, o que resulta na alteração da perspectiva do processo saúde-doença (DACAL & SILVA, 2018; SANTANA, 2017). Pode-se considerar, então, que estas práticas alternativas promovem, além de benefícios fisiologicamente mensuráveis, uma gama de benefícios morais, intelectuais e sentimentais, possibilitando, desta maneira, o desenvolvimento integral do indivíduo, e busca de novas experimentações através do corpo (SANTANA, 2017).

Nesse contexto, deve-se interpretar as PICs como recursos complementares, que não disputam entre si ou com a medicina tradicional, mas visam um cuidado integral do ser (PAPA *et al.*, 2016).

## Desafios na implementação das PICs

Apesar de as PICs serem extremamente benéficas na promoção de saúde e na reinserção social de pessoas em sofrimento psíquico, inúmeros são os desafios que impedem que ela seja implementada com excelência. É evidente que essas adversidades estão em todas as esferas da sociedade, desde iniciativas institucionais até governamentais (AGUIAR *et al.*, 2019).

O conhecimento insuficiente por parte dos profissionais de saúde, do governo, dos próprios usuários e da população em geral acerca das PICs abre margem para concepções errôneas sobre o assunto, prejuízos em sua aplicabilidade e desvalorização do alcance dessas práticas (CARVALHO & NÓBREGA, 2017). As PICs não são amplamente reconhecidas pelas instituições de saúde como forma de melhorar a qualidade de vida e o bem estar geral da comunidade (SANTANA, 2017). Dessa forma, sua implementação é desigual no país e, na maioria das vezes, de responsabilidade de instituições privadas que realizam investimentos por espontâneo interesse ou de profissionais específicos que confiam no poder dessas práticas (MAGALHÃES & ALVIM, 2013).

Outro importante desafio é a falta de investimento público tanto em espaços físicos e em materiais para que as PICs possam ser realizadas, tanto na divulgação dessa prática e

seu valor na área da saúde (AGUIAR *et al.*, 2019). Atualmente, são raros os cursos de graduação e pós-graduação - públicos ou privados - que incluem essa temática no ensino. Sendo assim, há uma carência de profissionais que conhecem sobre o assunto e que são qualificados para colocá-lo em prática e, desta forma, estes não serão capazes de oferecer esse tipo de terapêutica aos clientes e nem de sensibilizá-los sobre sua importância (MAGALHÃES & ALVIM, 2013).

De acordo com os desafios de implantação das PICs explicitados acima, evidencia-se a necessidade de algumas medidas para que essas práticas sejam reconhecidas e valorizadas no Brasil. Estão entre as principais: o investimento do Ministério da Saúde em espaços físicos e recursos para que os postos de saúde possam garantir o fornecimento dessa terapêutica, o investimento do Ministério da Educação e de instituições privadas em cursos de capacitação e inclusão dessa temática na graduação e pós-graduação dos cursos relacionados à área da saúde, além da divulgação em massa por parte do governo ressaltando os benefícios e a importância das PICS no contexto sanitário, para que a população adquira conhecimento sobre o assunto e crie interesse em adotá-la (TESSER *et al.*, 2018; CARVALHO & NÓBREGA, 2017).

## CONCLUSÃO

A saúde, portanto, deve ser interpretada como um processo dinâmico da sociedade, buscando-se sempre adotar estratégias que possibilitem a inclusão de todos no meio. Dessa forma, a implementação das PICs corrobora com esse objetivo, uma vez que apresenta resultados positivos nas dimensões psicológica, física e emocional dos usuários.

Ressalta-se que as PICs devem ser introduzidas como complemento ao tratamento biomédico, buscando uma qualificação e humanização do cuidado prestado pela equipe assistencial e resultados efetivos. No entanto, ainda há desafios que impedem sua plena execução, cabendo às variadas esferas da sociedade se mobilizarem para que as PICs sejam amplamente aceitas e implantadas no Sistema Único de Saúde, proporcionando uma atenção integral e universal aos pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIB, L. As Práticas Corporais Como Ferramenta Terapêutica No Cuidado Em Saúde Mental: O Caso Do Futebol Dentro do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Salão de Iniciação Científica. Livro de resumos. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

AGUIAR, J. *et al*. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. Saúde debate, v. 43, p. 1205, 2019.

CARVALHO, J.L.S. & NOBREGA, M.P.S.S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, e2017, 2017.

DACAL, M.P.O. & SILVA, I.S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. Saúde Debate, v. 42, p. 724, 2018.

MAGALHÃES, M.G.M. & ALVIM, N.A.T. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. Escola de Enfermagem Anna Nery, v. 17, p. 646, 2013.

MENDES, D.S. *et al*. Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. Journal Health NPEPS, v. 4, p. 302, 2019.

PAPA, M.A.B. *et al*. Práticas integrativas e complementares em centros de atenção psicossocial como ampliação do cuidado em saúde. Revista Rede Unida, v. 2, p. 409, 2016.

SANTANA, C.P.V. Práticas Integrativas e complementares: cuidado integral dentro da atenção psicossocial através de práticas corporais. Repertório institucional - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 11 ago. 2017. Disponível em: http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/332/1/Trabalho%20final.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

SCHVEITZER, M.C. *et al*. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. O Mundo da Saúde, v. 36, p. 442, 2012.

TESSER, C.D. *et al*. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde Debate, v. 42, p. 174, 2018.

# CAPÍTULO 23

# FATORES DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM UNIVERSITÁRIOS DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

*Palavras-chave: Depressão; Ansiedade; Coronavírus*

GRACE ELLEN PEREIRA COSTA[1]
ANA CECILIA CARDOZO SOARES[2]
RITA DE CÁSSIA LOIOLA ALVES[3]
POLIANA ZANOTTO MANOEL[4]
VINÍCIUS GRANGEIRO LEITE BEZERRA[5]
NATHANAEL DE SOUZA MACIEL[6]
CIDIANNA EMANUELLY MELO DO NASCIMENTO[7]

1. Discente – Graduação em Medicina na Universidade Federal do Pará.
2. Discente – Graduação em Enfermagem na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.
3. Discente – Graduação em Nutrição na Universidade Federal do Piauí.
4. Discente – Graduação em Medicina na Faculdade Evangélica Mackenzie Paraná.
5. Discente – Graduação em Odontologia na Universidade Federal de Campina Grande.
6. Discente – Graduação em Enfermagem na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.
7. Discente – Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará.

## INTRODUÇÃO

A COVID-19, doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), surgiu em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China, e, por haver surtos da doença em diversas regiões do mundo, em março de 2020, foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia. Em decorrência desta situação, foram elaboradas inúmeras estratégias para diminuir o número de infecções pelo coronavírus, destacando-se as medidas de isolamento social que almejam evitar aglomerações. Essas ações incluíram o fechamento de escolas e universidades, de estabelecimentos comerciais não essenciais e de locais públicos, como praças e parques.

Esse contexto tornou-se favorável para o desenvolvimento de sofrimento mental. Isso aconteceu porque o estado de pandemia intensificou o desenvolvimento de sentimentos como raiva, medo de contaminação e frustração, decorrentes do afastamento compulsório das atividades cotidianas (GARRIDO & RODRIGUES, 2020). Dentre os sofrimentos mentais, destacam-se a depressão e ansiedade.

A ansiedade pode ser definida como um sentimento incerto e aborrecedor de temor e receio que ocasiona no indivíduo aflição e incômodo, os quais são provenientes de antecipação de situações desconhecidas ou que possam trazer risco (CASTILLO *et al.*, 2000). O quadro clínico patológico de ansiedade é estabelecido quando ocorrem respostas exageradas aos estímulos cotidianos, provocando decréscimo da qualidade de vida do indivíduo e, muitas vezes, o impedimento da realização de atividades habituais (ROSEN & SCHILKIN, 1998).

Por sua vez, a depressão se trata de um acometimento psíquico tipicamente identificado por sentimentos de desânimo, incapacidade e tristeza profunda que duram no mínimo duas semanas. É comum indivíduos depressivos sofrerem alterações tanto emocionais, quanto fisiológicas em virtude da doença, como, por exemplo, disfunções no ciclo circadiano e pensamento negativos de forma compulsiva (OPAS, 2021).

Com o advento da pandemia pelo novo Coronavírus, observou-se que grande quantidade de estudantes universitários se apresentou com algum nível de ansiedade ou depressão devido à situação causada pela COVID-19 (XIAO, 2020). O efeito desta Pandemia sobre os estudantes da área da saúde é importante, uma vez que esses acadêmicos estão em seu cotidiano universitário envolvidos com atividades em unidades de saúde, as quais, a partir do surto de coronavírus, foram impedidas de serem realizadas (S *et al.*, 2020).

Dessa forma, o presente estudo mostra-se relevante por buscar fatores relacionados ao desenvolvimento desses sofrimentos mentais, a fim de que os resultados possam contribuir para o planejamento do sistema de saúde ao nortear o desenvolvimento de estratégias assistenciais à saúde e prevenção desses agravos. Portanto, objetivou-se identificar evidências que descrevem os fatores relacionados à depressão e ansiedade em estudantes universitários de cursos da saúde no contexto da pandemia da COVID-19.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa, a qual permite reunir e sintetizar, de forma organizada, informações sobre determinada temática. Neste âmbito,

foram seguidas seis etapas para a realização desta revisão integrativa: identificação do tema para elaborar a pergunta norteadora da pesquisa, busca nas bases de dados, categorização dos estudos, análise crítica dos estudos elegidos, sumarização e interpretação dos resultados obtidos e, por fim, apresentação da revisão integrativa (MENDES *et al.*, 2008).

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a questão norteadora fundamentada na estratégia PICO (STILLWELL *et al.*, 2010), em que o elemento P (população) refere-se aos estudantes universitários de cursos da saúde, I (intervenção) fatores relacionados, o elemento C (comparação) não foi considerado, o elemento O (resultado) consistiu na depressão e/ou ansiedade no contexto da pandemia da COVID-19. Assim, foi elaborada a seguinte questão norteadora: "Quais os fatores relacionados à depressão e ansiedade em estudantes universitários de cursos da saúde no contexto da pandemia da COVID-19?".

No tocante aos descritores, foram realizadas buscas no *Medical Subject Headings (MeSH)* e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e apresentaram seguintes resultados em comum: "*Coronavírus*"; "*Depression*"; "*Anxiety*"; e "*Students*". Ademais, os operadores booleanos AND e OR foram utilizados para refinar a busca da seguinte combinação: ("*Anxiety*" or "*Depression*") AND "*Coronavírus*" AND "*Students*".

A busca de artigos ocorreu no mês de fevereiro de 2021 nas seguintes bases: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scopus. Para o gerenciamento dos artigos identificados foi utilizado o software *Rayyan®*, desenvolvido para auxiliar pesquisadores na organização de artigos para revisão, com painel de avaliações que facilita o trabalho em equipe.

Para a construção deste artigo, houve uma seleção prévia de pesquisas que incluíam tais termos no título, resumo ou palavra-chave e, posteriormente, artigo na íntegra. Os critérios de inclusão aplicados foram: artigos completos, disponíveis de forma gratuita e na íntegra, publicados entre os anos de 2020 e 2021, nos idiomas português, inglês e espanhol. Para exclusão utilizou-se os critérios: relatos de experiência, revisões, teses, monografias, editoriais e literatura cinzenta, artigos duplicados, bem como os artigos que não respondiam à questão norteadora da pesquisa.

Os dados em análise foram coletados a partir de ferramenta que recolheu informações sobre país de origem do estudo, ano, plataforma de publicação, tipo de estudo e principais resultados e conclusões. Ademais, foram compiladas informações a respeito de qual o curso da área da saúde os acadêmicos investigados nos artigos pertenciam. Os artigos selecionados foram agrupados em duas categorias temáticas: Fatores relacionados à depressão entre estudantes universitários de cursos da saúde no contexto da Pandemia da COVID-19 e Fatores relacionados à ansiedade entre estudantes universitários de cursos da saúde no contexto da Pandemia da COVID-19. Assim, os resultados foram apresentados em quadros sinópticos.

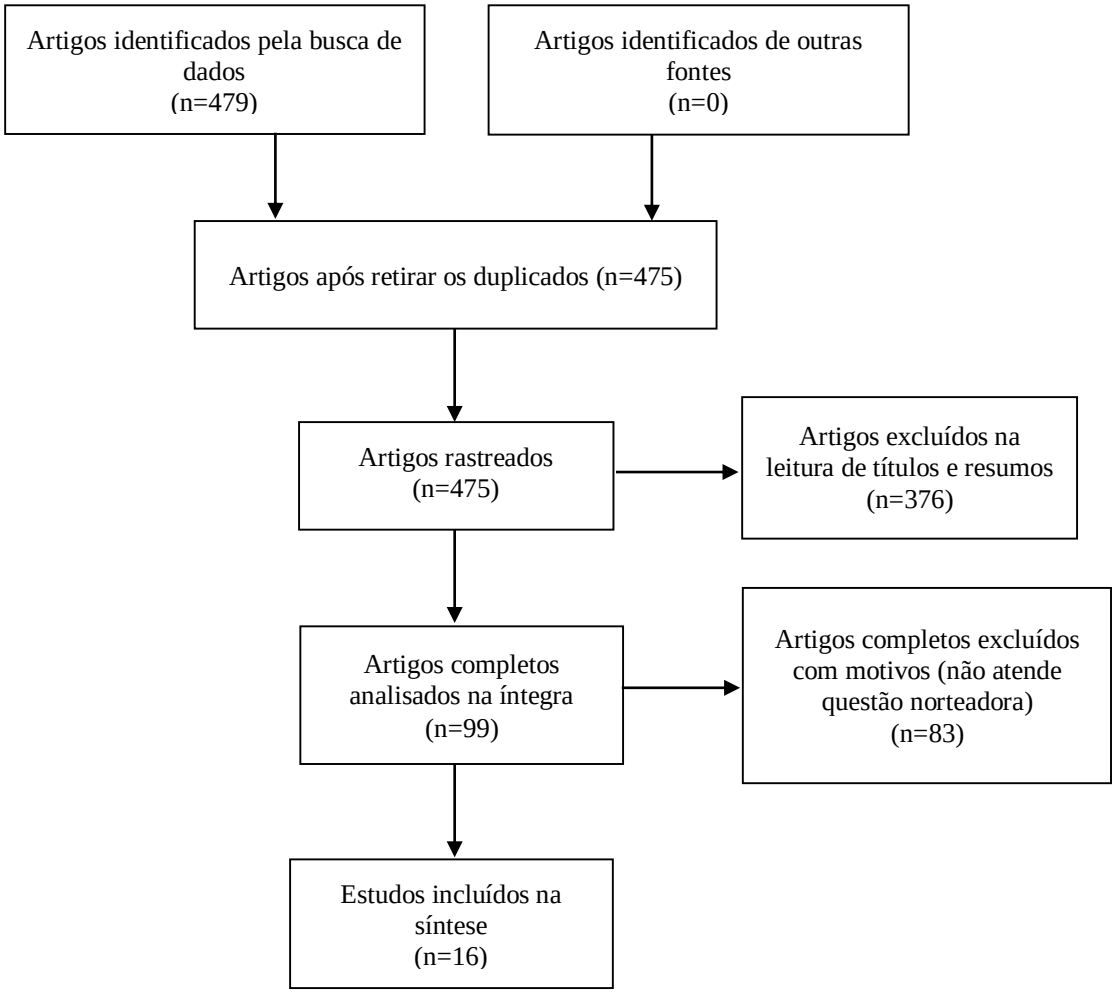
Para a categorização, avaliou-se os estudos conforme o nível de evidência proposto por Stillwell *et al.* (2010), sendo este um sistema de classificação que enquadra os estudos em sete níveis, com as evidências obtidas a partir de: nível 1 - revisões

sistemáticas ou meta-análises; nível 2 - testes controlados randomizados; nível 3 - ensaios controlados não randomizados; nível 4 - estudos do tipo caso controle e coorte; nível 5 - revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; nível 6 - estudos qualitativos e descritivos; nível 7 - opinião de especialista ou de comitê oficial de especialistas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados, nas buscas efetuadas, 468 artigos na Scopus, seis na LILACS e cinco na SciELO, totalizando o quantitativo de 479 artigos. Quatro artigos foram removidos por serem duplicatas. Dos 475 artigos restantes, 13 foram excluídos por se tratarem de revisão da literatura, e 376, por meio da análise de títulos e resumos, por não responderem à questão norteadora. O quantitativo de 99 artigos foi analisado na íntegra e 83 excluídos por não atenderem a questão de pesquisa. Assim, a amostra foi constituída por 16 artigos (Figura 23.1).

**Figura 23.1.** Fluxograma de identificação do processo de seleção dos estudos para compor a revisão de escopo




O quadro-síntese dos estudos selecionados (Quadro 23.1) explicita a identificação dos artigos, levando em consideração autor, local de publicação, ano,

curso de graduação dos universitários e o nível de evidência. A maioria dos artigos se classificavam no nível de evidência VI, publicados em diversos países, com maior número de publicação na China e Estados Unidos da América (EUA), sendo os cursos de graduação mais frequentes medicina e enfermagem. Observou-se uma lacuna na produção de conhecimento em países da América Latina no que se refere aos estudos sobre fatores de ansiedade e depressão em universitários de cursos da saúde.

**Quadro 23.1.** Síntese dos estudos selecionados, por autor, local de publicação, curso e nível de evidência

| Código | Autor, ano | Local de publicação | Curso | Nível de evidência |
|---|---|---|---|---|
| A1 | S *et al.*, 2020 | Índia | Medicina | VI |
| A2 | AKINKUGBE *et al.*, 2020 | EUA | Odontologia | VI |
| A3 | SAVITSKY *et al.*, 2020 | Israel | Enfermagem | VI |
| A4 | NAKHOSTIN-ANSARI *et al.*, 2020 | Irã | Medicina | VI |
| A5 | SUN *et al.*, 2020 | China | Enfermagem | VI |
| A6 | SAFA *et al.*, 2021 | Bangladesh | Medicina | VI |
| A7 | SARASWATHI *et al.*, 2020 | Índia | Medicina | IV |
| A8 | SARAVIA-BARTRA *et al.*, 2020 | Peru | Medicina | VI |
| A9 | PATELAROU *et al.*, 2021 | Espanha, Grécia e Albânia | Enfermagem | VI |
| A10 | HAKAMI *et al.*, 2020 | Arábia Saudita | Odontologia | VI |
| A11 | ESSANGRI *et al.*, 2020 | Marrocos | Medicina | VI |
| A12 | XIAO *et al.*, 2020 | China | Medicina | VI |
| A13 | MEDEIROS *et al.*, 2020 | Brasil | Odontologia | VI |
| A14 | UĞURLU *et al.*, 2020 | EUA | Enfermagem | VI |
| A15 | DHAHRI *et al.*, 2020 | Paquistão | Medicina e Odontologia | VI |
| A16 | TORUN & TORUN, 2020 | Turquia | Medicina | VI |

No Quadro 23.2, são apresentados os fatores relacionados à depressão nos estudantes universitários de cursos da saúde durante a Pandemia da COVID-19.

Observou-se que em seis estudos utilizados nesta revisão (A1, A6, A10, A11, A12, A14) houve maior nível de depressão decorrente da pandemia de COVID-19 entre estudantes universitários da área de saúde do sexo feminino. Tal predominância, com relação à depressão também, é observada em estudantes de nível universitário de outros cursos além da saúde e na população em geral, tanto no período anterior à COVID-19 como durante a pandemia, o que foi demonstrado em estudo realizado na Polônia (DEBOWSKA *et al.*, 2020).

A literatura aponta a hegemonia das mulheres no tocante à depressão se deve a causas hormonais, desigualdade de gênero, o que leva à discriminação contra a mulher, podendo contribuir para o desenvolvimento de depressão, insatisfação e vergonha com o corpo em razão dos padrões sociais impostos às mulheres, além de diversos outros fatores (PARKER & BROTCHIE, 2010).

Também foram notados como fatores para desencadeamento de depressão entre os estudantes: experiência com sintomas da COVID-19 (A4, A15), medo de adquirir a

COVID-19 (A6), agitação dos alunos perante o contato humano (A6) e contato com pacientes infectados pela COVID-19 (A7), o que pode ser explicado pelo fato de os estudantes da saúde terem um contato direto com pacientes contaminados ou potencialmente contaminados com o novo coronavírus e, em decorrência disso, ocorrer um alto grau de estresse por parte destes, o que pode desencadear sintomas depressivos (NAKHOSTIN-ANSARI *et al.*, 2020).

Já com relação à moradia, observou-se que morar em áreas de alta prevalência da COVID-19 (A11), morar com indivíduos que são grupos de alto risco para a COVID-19 (A9) e morar sozinho (A10) apresentaram-se como fatores de risco para a depressão. O fato de os estudantes que moram com indivíduos de risco apresentarem-se com depressão pode demonstrar correlação como o medo de os estudantes contaminarem amigos e familiares (SARASWATHI *et al.*, 2020). Já a situação dos estudantes que moram sozinhos pode ser explicada pelo fato de a solidão pode levar ao desenvolvimento de distúrbios mentais, como a depressão (JACOB *et al.*, 2019).

No Quadro 23.3, são apresentados os fatores relacionados à ansiedade nos estudantes universitários de cursos da saúde durante a pandemia da COVID-19. No tocante ao desenvolvimento de quadros de ansiedade no contexto da pandemia da COVID-19, os resultados desse estudo evidenciaram que pertencer ao sexo feminino foi um dos principais fatores causais, sendo descrito em 14 estudos.

Esse dado corrobora com Chaves *et al.* (2015) que avaliou a ansiedade e espiritualidade em estudantes universitários da área da saúde de uma universidade federal, o qual observou que o gênero feminino apresentou níveis de ansiedade mais elevados

**Quadro 23.2.** Fatores relacionados à depressão entre estudantes universitários de cursos da saúde no contexto da Pandemia da COVID-19

| Fatores | Identificação dos artigos |
|---|---|
| Ser do sexo feminino | A1, A6, A10, A11, A12, A14 |
| Menor média de notas acadêmicas | A4 |
| Experiência com sintomas da COVID-19 | A4, A15 |
| Medo de adquirir a COVID-19 | A6 |
| Agitação dos alunos perante ao contato humano no início da pandemia | A6 |
| Contato com pacientes infectados pela COVID-19 | A7 |
| Idade menor | A9 |
| Nível de educação do pai | A9 |
| Morar com indivíduos que são grupo de alto risco da COVID-19 | A9 |
| Trabalho durante a pandemia | A9 |
| Morar sozinho | A10 |
| Cursar o nível pré-clínico da graduação | A11 |
| Morar em área com alta prevalência da COVID-19 | A11 |
| Pensamentos ou atitudes negativos | A12 |
| Possuir transtorno de ansiedade | A12 |
| Maior idade | A14 |
| Sobrepeso/Obesidade | A14 |
| Estudar em instituição privada | A15 |
| Atraso no oferecimento de aulas online pela instituição de ensino | A15 |

que o gênero masculino, fato que pode estar relacionado às diferenças nos papéis sociais e estados fisiológicos dos grupos. Destaca-se que, de acordo com a OMS (2020), os sofrimentos mentais comuns – depressão, ansiedade e queixas somáticas, predominam no sexo feminino e acometem uma em cada três pessoas na comunidade.

Em relação à moradia ser considerada um fator desencadeador de quadros de ansiedade, os resultados do estudo são bastante divergentes. Enquanto o estudo A10 apresenta o fato de o participante morar só, o

**Quadro 23.3.** Fatores relacionados à ansiedade entre estudantes universitários e cursos da saúde no contexto da Pandemia da COVID-19

| Fatores | Identificação dos estudos |
|---|---|
| Ser do sexo feminino | A1, A2, A3, A4, A6, A7, A8, A10, A11, A12, A13, A14, A15. |
| Ser do sexo masculino | A5 |
| Mudança no plano de graduação | A2 |
| Estar cursando os últimos anos de graduação | A2, A12, A14 |
| Falta de Equipamentos de proteção individual | A3 |
| Preocupação com o futuro | A3 |
| Ser pai de criança | A3 |
| Preocupação/Tensão/Apreensão/Medo de se infectar | A3, A6, A7. |
| Menor média de notas acadêmicas | A4 |
| Experiência sintomática da COVID-19 | A4 |
| Estar cursando os anos iniciais de graduação | A5, A10 |
| Baixo nível de prevenção | A5 |
| Preocupação com os familiares | A6 |
| Medo de ser agredido ou humilhado no caminho para casa ou para o hospital | A6 |
| Preocupação com contato humano | A6 |
| Menor concentração nos estudos | A6 |
| Residir em centro urbano | A7 |
| Morar sozinho | A10 |
| Morar/Estudar em região com alta prevalência da COVID-19 | A11, A12 |
| Pensamento/Ações negativas | A12 |
| Morar com a família | A14 |
| Sobrepeso/Obesidade | A14 |
| Morar com pessoas do grupo de risco | A16 |
| Ser solteiro | A16 |
| Possuir doença crônica | A16 |
| Não saber formas de prevenção/transmissão | A16 |
| Ter parentes infectados ou falecidos em virtude da COVID-19 | A16 |
| Renda familiar baixa | A16 |

estudo A14 considera, como fator relacionado, morar com a família, o qual pode estar relacionado aos estudos A6 e o A16, que consideram o fator desencadeante a preocupação de infectar os familiares e o fato de morar com familiares pertencentes ao grupo de risco, respectivamente.

Três estudos apresentados no Quadro 23.1 (A3, A6, A7), indicaram o medo de se infectar pelo Sars-CoV-2 como responsável pelo aumento da prevalência de ansiedade entre os participantes da pesquisa. Esses resultados podem estar relacionados aos descritos pelos estudos A2, A12 e A14 que abordaram o fato de os participantes estarem cursando os últimos anos de graduação. Isso pode ser explicado pelo fato de que nos últimos anos dos cursos de saúde é dedicado à vivência prática clínica, por meio do contato pessoal com os pacientes e, dessa forma, estão mais expostos ao contágio quando comparado a outros grupos da sociedade.

Esses dados vão de encontro ao estudo de Ornell *et al.* (2020) que aborda como a pandemia da COVID-19 impactou a saúde mental, o qual apresenta que, durante uma pandemia, o medo é capaz de aumentar os níveis de ansiedade e estresse em indivíduos saudáveis e intensificar os sintomas daqueles que já apresentam transtornos psiquiátricos pré-existentes.

As evidências mostraram que os receios e as preocupações em torno da COVID-19 se relacionam tanto a episódios ansiosos quanto depressivos. O estudo A6 mostrou que o medo de se infectar foi fator significativo para o aumento da ocorrência destes problemas. Em consonância, o trabalho realizado com acadêmicos de enfermagem em Israel (A3), confirmou que a apreensão em contrair a doença correlaciona-se com o aumento do escore de ansiedade e indicou que

o uso do humor e o aumento da resiliência poderiam reduzir significativamente os níveis ansiolíticos.

A fim de propor uma sugestão frente a este problema, o estudo (A5), com estudantes de Enfermagem, destacou a necessidade do acompanhamento psicológico profissional, realizado pelas Instituições de Ensino como estratégia plausível. Este fato é complementado com estudo brasileiro que definiu a escuta qualificada e a atuação conjunta dos profissionais como uma ação precoce nos episódios de ansiedade dos estudantes, evitando a medicalização desnecessária (BELASCO *et al.*, 2019).

Constituíram-se limitações para o desenvolvimento deste estudo a busca de artigos reduzida a três bases de dados, assim como a estratégia de pesquisa, ao se utilizar apenas uma combinação de palavras, e também a grande quantidade de artigos com nível de evidência VI.

## CONCLUSÃO

Este estudo identificou fatores relacionados à depressão e ansiedade em estudantes universitários da saúde no contexto da pandemia da COVID-19. Dentre os fatores relacionados à depressão destacaram-se ser do sexo feminino, ter alguma experiência vivenciada com à COVID-19 e aspectos referentes à moradia. Em relação à ansiedade, ser mulher, estar cursando os últimos anos de graduação e medo de se infectar.

A escassa quantidade de estudos publicados, especialmente em nível nacional, constitui um alerta com relação ao baixo conhecimento sobre o estado psicológico dos estudantes universitários brasileiros da área da saúde. Portanto, essa investigação ressalta a importância do desenvolvimento de pesquisas que identifiquem os estudantes em vulnerabilidade psicossocial e auxiliem este público no enfrentamento desses agravos, assim como o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde mental e prevenção dos efeitos deletérios intrínsecos a patologias de vertente psicológica.

Sugere-se, portanto, que sejam realizados futuros estudos sobre as estratégias adotadas pelas Instituições de Ensino durante a pandemia para evitar o comprometimento da saúde mental dos acadêmicos de cursos de saúde, com o intuito de mensurar a efetividade dessas ações e sua importância no acolhimento dos acadêmicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKINKUGBE, A.A. *et al*. A descriptive pilot study of the immediate impacts of COVID-19 on dental and dental hygiene students' readiness and wellness. Journal of Dental Education, v. 85, p. 401, 2020.

BELASCO, I.C. *et al*. Práticas integrativas e complementares na saúde mental do estudante universitário. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 71, p. 103, 2019.

CASTILLO, A.R.G. *et al.* Transtornos de ansiedade. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 22, p. 20, 2000.

CHAVES, E.C.L. *et al.* Anxiety and spirituality in university students: a cross-sectional study. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 68, p. 504, 2015.

DEBOWSKA, A. *et al.* A repeated cross-sectional survey assessing university students' stress, depression, anxiety, and suicidality in the early stages of the COVID-19 pandemic in Poland. Psychological Medicine, p. 1, 2020.

DHAHRI, A. A. *et al.* "The psychological impact of COVID-19 on medical education of final year students in Pakistan: A cross-sectional study". Annals of Medicine and Surgery, v. 60, p. 445, 2020.

ESSANGRI, H. *et al*. Predictive Factors for Impaired Mental Health among Medical Students during the Early Stage of the COVID-19 Pandemic in Morocco. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, v. 104, p. 95, 2020.

GARRIDO, R.G. & RODRIGUES, R.C. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. Journal of Health & Biological Sciences, v. 8, p. 1, 2020.

HAKAMI, Z. *et al*. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on dental students: A nationwide study. Journal of Dental Education, v. 85, p. 494, 2020.

JACOB, L. *et al*. Relationship between living alone and common mental disorders in the 1993, 2000 and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. PLOS ONE, v. 14, e0215182, 2019.

MEDEIROS, R.A.D. *et al*. Prevalence of symptoms of temporomandibular disorders, oral behaviors, anxiety, and depression in Dentistry students during the period of social isolation due to COVID-19. Journal of Applied Oral Science, v. 28, e20200445, 2020.

MENDES, K.D.S. *et al*. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 17, p. 758, 2008.

NAKHOSTIN-ANSARI, A. *et al.* Depression and Anxiety among Iranian Medical Students during COVID-19 Pandemic. Iranian Journal of Psychiatry, v. 15, p. 228, 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Gender and women's mental health. 2020. Disponível em: https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/about/mental-health-and-substances-use. Acesso em: 24 fev. 2021.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. 2021. Disponível em https://www.paho.org/pt/covid19. Acesso em: 20 fev. de 2021.

ORNELL, F. *et al.* Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. 2020. Disponível em: http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/arquivos/pandemia-de-medo-e-covid-19-impacto-na-saude-mental-e-possiveis-estrategias/view. Acesso em: 20 fev. 2021.

PARKER, G. & BROTCHIE, H. Gender differences in depression. International Review of Psychiatry, v. 22, p. 429, 2010.

PATELAROU, A. *et al.* Nursing students, mental health status during COVID-19 quarantine: evidence from three European countries. Journal of Mental Health, p. 1, 2021.

ROSEN, J.B. & SCHULKIN, J. From normal fear to pathological anxiety. Psychological Review, v. 105, p. 325, 1998.

S, N.N. *et al.* A survey on anxiety and depression level among South Indian medical students during the COVID 19 pandemic. International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences, v. 11, p. 779, 2020.

SAFA, F. *et al.* Immediate psychological responses during the initial period of the COVID-19 pandemic among Bangladeshi medical students. Children and Youth Services Review, v. 122, p. 105912, 2021.

SARASWATHI, I. *et al.* Impact of COVID-19 outbreak on the mental health status of undergraduate medical students in a COVID-19 treating medical college: a prospective longitudinal study. PeerJ, v. 8, e10164, 2020.

SARAVIA-BARTRA, M.M. *et al.* Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de COVID-19. Revista de la Facultad de Medicina Humana, v. 20, p. 568, 2020.

SAVITSKY, B. *et al*. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. Nurse Education in Practice, v. 46, p. 102809, 2020.

STILLWELL, S.B. *et al.* Searching for the Evidence Strategies to help you conduct a successful search. Searching for the Evidence Strategies to help you conduct a successful search, American Journal of Nursing, v. 110, p. 51, 2010.

SUN, Y. *et al*. Disease Prevention Knowledge, Anxiety, and Professional Identity during COVID-19 Pandemic in Nursing Students in Zhengzhou, China. Journal of Korean Academy of Nursing, v. 50, p. 533, 2020.

TORUN, F.; TORUN, S. D. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on medical students in Turkey. Pakistan Journal of Medical Sciences, v. 36, p. 1355, 2020.

UĞURLU, Y.K. *et al*. The examination of the relationship between nursing students' depression, anxiety and stress levels and restrictive, emotional, and external eating behaviors in COVID-19 social isolation process. Perspectives in Psychiatric Care, v. 57, p. 507, 2020.

XIAO, H. *et al*. Social Distancing among Medical Students during the 2019 Coronavirus Disease Pandemic in China: Disease Awareness, Anxiety Disorder, Depression, and Behavioral Activities. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, p. 1, 2020.

# CAPÍTULO 24

# PORTADORA DE DEPRESSÃO CRÔNICA ASSOCIADA A MUTAÇÕES DOS GENES C677T E A1298C DA MTHFR

*Palavras-chave: Depressão Resistente; Mutação MTHFR; Saúde Mental*

JÚLIA VIEIRA FERREIRA CÔRTES[1]
ALEXYA CAROLINE DELMONTE LIMA[1]
CAROLINA KOBBAZ FERRARESSO[1]
MATHEUS SANTOS VIANA[1]
TALES VILELA ROCHA[2]
ALESSANDRA DOS SANTOS DANZINGER SILVÉRIO[2]

1. Discente do curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano.
2. Docente do curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano.

## INTRODUÇÃO

O transtorno depressivo maior (TDM) afetará uma em cada cinco pessoas em sua vida e é a principal causa de incapacidade em todo o mundo. No entanto, os mecanismos associados à patogênese do TDM ainda precisam ser completamente compreendidos e os tratamentos atuais permanecem ineficazes em um grande subgrupo de pacientes (MÉNARD *et al*., 2016).

A fim de melhorar as abordagens de tratamento e prevenir a recorrência, é importante examinar as vulnerabilidades subjacentes que predispõem os indivíduos ao aparecimento e recorrência da depressão. Investigando prospectivamente os preditores biológicos do início, recidiva e recorrência do TDM, mais informações sobre as causas potenciais do TDM podem ser obtidas. Para este fim, os biomarcadores podem ser particularmente informativos para a compreensão da etiologia do TDM e podem estimular o desenvolvimento de novas abordagens clínicas no futuro (KENNIS *et al*., 2020).

Além disso, a predisposição genética devido a mutações nos genes envolvidos nas vias neurológicas e metabólicas também tem sido amplamente estudada à luz da depressão (GATT *et al*., 2015). Recentemente, um número crescente de estudos sugere o rastreamento de polimorfismos *MTHFR* em pacientes com depressão. Esta proposta é baseada em ligações demonstradas entre o metabolismo anormal do folato e altos níveis de homocisteína e um risco aumentado de TDM, além da eficácia antidepressiva reduzida (KANDLER *et al*., 2019).

Para aquelas pessoas que não se beneficiam da terapia padrão ou preferem a terapia não farmacológica, a suplementação de folato pode ser uma opção. O folato é normalmente adquirido através da dieta e a deficiência de folato está associada à depressão. No cérebro, o folato é um nutriente entre outros envolvidos na produção dos neurotransmissores que afetam o humor. Os estudos envolvendo a suplementação de folato para o tratamento da depressão tiveram resultados mistos, mas omitiram levar em consideração os polimorfismos genéticos, como os da metiltetrahidrofolato redutase (MTHFR), que afetam o metabolismo do folato. A suplementação com L-metilfolato pode superar os problemas relacionados ao metabolismo observados em indivíduos com polimorfismos genéticos desvantajosos (STENGLER, 2020).

O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de uma paciente com polimorfismo nos genes C677T e A1298C da MTHFR com depressão refrátaria ao tratamento e correlacionar a associação do folato com o TDM.

## MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, do tipo relato de caso, no qual foi feita a revisão do prontuário, compreensão da história clínica, análise de exames laboratoriais e registro dos métodos diagnóstico a que a paciente foi submetida. Todo o estudo foi realizado com base nos princípios da ética e da bioética, aprovado pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. A paciente assinou o Livre e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e que a privacidade, confidencialidade e anonimato são assegurados. O estudo foi aprovado pelo

comitê de ética em pesquisa da UNIFENAS sob parecer nº 4.619.765.

O local da pesquisa envolveu um Centro de Habilitação Psicossocial e um ambulatório de saúde mental do sul de Minas Gerais.

A busca por referencial teórico ocorreu nas plataformas digitais: SciELO, LILACS e PubMed, bem como em livros científicos recentes da área relativa ao tema. Foram utilizados os descritores: "Depressão", "mutação MTHFR", "depressão resistente" e "antidepressivos".

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, português e espanhol; publicados no período de 2010 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo (revisão sistemática, meta-análise, ensaio clínico, teste controlado e aleatório, análises, livros e documentos), 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 13 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados e a discussão foram apresentados de forma descritiva, apresentando um relato de caso a fim de correlacionar a depressão com a mutação no MTHFR.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente, gênero feminino, 58 anos, vai ao ambulatório de psiquiatria devido a quadro de depressão crônica resistente ao tratamento. Refere ter transtorno depressivo há 18 anos e que no momento está em uso de Duloxetina 60 mg e Zolpidem 10 mg. A avaliação feita pela Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) teve resultado de 23 pontos. Refere sentir humor hipotímico, anedonia, hiporexia, adinamia, perda da libido e vertigem. Já fez uso de outros antidepressivos que não soube informar o nome. Em seus antecedentes possui histórico de hipertensão arterial sistêmica, há cinco anos em uso de Losartana, mãe portadora de depressão refratária, pai hipertenso, falecido aos 84 anos devido a câncer de próstata, é casada e não possui filhos. Nega histórico de etilismo e tabagismo. Por ser refratária a tratamentos com antidepressivos, foi solicitado exame para avaliação de mutação no gene MTHFR, metilenotetrahidrofolato redutase e exames laboratoriais. Foi prescrito queriapina 25 mg e suspenso Zolpidem.

Paciente retorna após três meses com resultado de exames. Foi detectado variante heterozigótica para o gene C677T e A1298C da MTHFR, sugerindo refratriedade no tratamento com antidepressivos convencionais. Além disso, não obteve melhora nos sintomas depressivos, apresentando resultado dos exames laboratoriais com fibrinogênio, colesterol e frações, triglicerídios, homocisteína, vitamina B12 e Vitamina D dentro da normalidade. Foi prescrito L-Metilfolato 3 gotas ao dia aumentando gradualmente até atingir 42 gotas ao dia, e mantida duloxetina 60 mg e quetiapina 25 mg.

Após um mês, a paciente estava tomando, há dois dias, a dose desejada de L-Metilfolato relatando melhora dos sintomas, porém quadros esporádicos insônia e humor hipotímico. Em um ano em uso do referido tratamento a paciente relatava melhora considerável do caso depressivo.

O TDM é um transtorno psiquiátrico de alta prevalência em todo o mundo. Causa sofrimento individual, perda de produtividade, aumento dos custos de saúde e alto risco de suicídio. As intervenções farmacológicas atuais falham em produzir até mesmo uma resposta parcial em aproximadamente um terço desses pacientes, e a remissão é obtida em apenas cerca de um terço deles (HALARIS *et al.*, 2021). Os esforços de pesquisa têm se concentrado na identificação de biomarcadores que podem auxiliar na previsão, diagnóstico e tratamento eficaz do TDM (CHO *et al.*, 2017).

Variáveis clínicas que podem distinguir pacientes com Depressão Resistente ao Tratamento de pacientes com TDM, que respondem ao tratamento, incluem comorbidades psiquiátricas (por exemplo, transtorno de ansiedade e pânico e fobia social), transtorno de personalidade, suicídio, psicose, abuso e dependência de substâncias, idade precoce de início, maior número de hospitalizações e episódios recorrentes. Uma variedade de condições médicas comórbidas, notadamente endocrinopatias, doenças cardiovasculares, doenças neurológicas e deficiências de vitaminas, também podem contribuir para a Depressão Resistente ao Tratamento (SOUERY *et al.*, 2013).

Um crescente corpo de literatura sugere que o metabolismo de um carbono pode moderar a resposta ao tratamento com antidepressivos (PAPAKOSTAS *et al.*, 2015). O polimorfismo do gene da 5,10-MTHFR é considerado um candidato genético predisposto e promissor para o TDM, pois está associado a ciclos de um carbono prejudicados, que podem estar envolvidos na patogênese da depressão (LI *et al.*, 2020). Este gene codifica uma 5-MTHFR envolvida no metabolismo do folato e na síntese de neurotransmissores.

O folato, a vitamina B6 e a vitamina B12 são usados como cofatores na metabolização da homocisteína. Hiperhomocisteinemia e deficiência de folato são fatores de risco prospectivos para depressão (SAYADI *et al.*, 2016). Níveis elevados de Homocisteína, por meio do disparo do receptor *N*- metil- D- aspartato levam à síntese de neurotransmissores de monoamina sendo bloqueada e os níveis de aminoácidos essenciais sendo reduzidos no tecido cerebral, especialmente neurotransmissores implicados na depressão (como serotonina, norepinefrina, glutamato e ácido γ-aminobutírico) (LI *et al.*, 2020).

Um ensaio em 75 pacientes deprimidos encontrou eficácia antidepressiva estatisticamente significativa para L-metilfolato adjuvante em 15 mg/dia em comparação com placebo, com perfis de segurança comparáveis (PAPAKOSTAS *et al*, 2012). Outros testes *post hoc* mostraram que certos biomarcadores inflamatórios e marcadores genéticos associados à síntese e ao metabolismo do L-metilfolato podem ser preditores úteis para a resposta ao tratamento adjuvante (PAPAKOSTAS *et al.*, 2014). Um estudo envolvendo 402 indivíduos deprimidos e 600 controles (etnia chinesa Han), encontrou uma associação positiva entre altos escores (17) da Escala HAM-D e genótipos TT ou CT (Li *et al.*, 2010 ).

A maior parte desse foco foi colocado em um polimorfismo do gene da MTHFR, C677T. O MTHFR C677T é rastreado durante o diagnóstico de depressão resistente em muitos protocolos. No entanto, MTHFR C667T apresenta dados conflitantes em vários grupos étnicos e populações geográficas, questionando sua utilidade. Outro

polimorfismo, MTHFR A1298C, muitas vezes fica em segundo plano para MTHFR C677T no que diz respeito ao foco de pesquisa. O MTHFR A1298C está implicado no metabolismo irregular da homocisteína e nos ciclos aberrantes do folato e, por meio disso, pode desempenhar um papel tanto como impulsionador do desenvolvimento de TDM quanto como marcador preditivo ou diagnóstico, possivelmente em combinação com C677T (CHO *et al.*, 2017).

Antidepressivos são recomendados para o tratamento, sobretudo na depressão moderada a grave, porém apenas metade dos pacientes apresentam resposta satisfatória com utilização desses fármacos. Associar o ácido fólico ao tratamento pode melhorar a eficácia, pois pacientes depressivos geralmente apresentam deficiência de folato e esta se correlaciona com a gravidade e refratariedade à terapêutica tradicional. O folato é diretamente ligado à síntese de neurotransmissores responsáveis em grande parte pelo transtorno depressivo (BEDSON *et al*, 2014).

## CONCLUSÃO

Devido a relevância da depressão na prática clínica cotidiana, uma abordagem terapêutica que retorna as bases fisiopatológicas dos transtornos do humor frequentemente torna-se necessária. Nesse contexto, é fundamental o conhecimento sobre as propriedades da vitamina B12 e do ácido fólico na bioquímica de neurotransmissores cuja a deficiência está diretamente relacionada ao desenvolvimento de um estado mental patológico. A carência de determinados micronutrientes pode associar-se não somente a alterações cognitivas, mas também a uma pior resposta às abordagens farmacológicas e à manutenção de estados depressivos refratários, como o evidenciado na paciente em questão.

Soluções fundamentadas na prática clínica baseada em evidencias são aliadas em casos onde é preciso ir além de uma abordagem psicofarmacológica tradicional. A análise de polimorfismos genéticos abre margem para opções terapêuticas adjuvantes aos antidepressivos. Neste caso, as condutas médicas baseadas na presença de mutações nos genes C677T e A1298C da enzima metilenotetrahidrofolato redutase foram responsáveis não somente pela remissão dos sintomas, mas também pela manutenção da eutimia da paciente, o que ressalta a importância de um tratamento psiquiátrico individualizado e que leva em consideração a influência dos determinantes gênicos sobre os mentais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEDSON, E. *et al*. Folate Augmentation of Treatment--Evaluation for Depression (FolATED): randomised trial and economic evaluation. Health Technology Assessment, v. 18, p. 1, 2014.

CHO, K. *et al*. Methylenetetrahydrofolate Reductase A1298C Polymorphism and Major Depressive Disorder. Cureus, v. 9, e1734, 2017.

GATT, J.M. *et al*. Specific and common genes implicated across major mental disorders: a review of meta-analysis studies. Journal of Psychiatric Research, v. 60, p. 1, 2015.

HALARIS, A. *et al*. Treatment-Resistant Depression Revisited: a glimmer of hope. Journal Of Personalized Medicine, v. 11, p. 155, 2021.

KANDLER, C.E. *et al*. Methylenetetrahydrofolate Reductase Screening in Treatment-Resistant Depression. Federal Practitioner: for the health care professionals of the VA, DoD, and PHS, v. 36, p. 207, 2019.

KENNIS, M. *et al*. Prospective biomarkers of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Molecular Psychiatry, v. 25, p. 321, 2019.

LI, Z. *et al*. Roles of 5,10-Methylenetetrahydrofolate Reductase C677T Polymorphisms in First-Episode, Drug-Naive Adult Patients With Depression. Frontiers In Psychiatry, v. 11, p. 1, 2020.

LI, Z.Z. *et al*. Association of MTHFR gene C677T polymorphisms and depression in Han populations. Journal of Shanghai Jiaotong University, v. 30, p. 624, 2010.

MÉNARD, C. *et al*. Pathogenesis of depression: insights from human and rodent studies. Neuroscience, v. 321, p. 138, 2016.

PAPAKOSTAS, G.I. *et al*. Effect of adjunctive L-methylfolate 15 mg among inadequate responders to SSRIs in depressed patients who were stratified by biomarker levels and genotype: results from a randomized clinical trial. The Journal of Clinical Psychiatry, v. 75 p. 855, 2014.

PAPAKOSTAS, G.I. *et al*. L-Methylfolate as Adjunctive Therapy for SSRI-Resistant Major Depression: results of two randomized, double-blind, parallel-sequential trials. American Journal of Psychiatry, v. 169, p. 1267, 2012.

PAPAKOSTAS, G.I. *et al*. Towards new mechanisms: an update on therapeutics for treatment-resistant major depressive disorder. Molecular Psychiatry, v. 20, p. 1142, 2015.

SAYADI, M.A. *et al*. CT genotype of 5,10-methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) C677T polymorphism is protector factor of major depressive disorder in the Tunisian population: a case control study. Annals Of General Psychiatry, v. 15, p. 1, 2016.

SOUERY, D. *et al*. Definitions and predictors of treatment-resistant depression. Treatment-Resistant Depression. Chichester: John Wiley & Sons, p. 1-20, 2013.

STENGLER, M. The Role of Folate and MTHFR Polymorphisms in the Treatment of Depression. Alternative Therapies in Health and Medicine, v. 27, p. 53, 2020.

# CAPÍTULO 25

# O IMPACTO PSICOLÓGICO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

*Palavras-chave: Câncer; Diagnóstico; Aspectos Psicológicos*

**JÉSSICA HELENA SOUZA DE FRANÇA[1]**
**TATIANE LIMA SANTOS[2]**

1. Discente – Psicóloga pós graduanda em Sexualidade Humana pelo Cbi of Miami.
2. Docente orientadora – Psicóloga da Uremia-Sespa PA, especialista em Psicologia Hospitalar e Clínica.

## INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer e todo o processo da doença são vividos pelo paciente e pela família como um momento de intensa angústia, sofrimento e ansiedade, além do rótulo que o câncer traz, de ser uma doença dolorosa e mortal. No tratamento, muitas vezes o paciente vivencia perdas e sintomas adversos, portanto, muitas fantasias e preocupações em relação à morte estão presentes (VENÂNCIO, 2004). "Problemas de ordem emocional ocorrem com frequência tanto em pacientes com câncer como em seus familiares, em função da dificuldade em lidar com o diagnóstico" (CEOLIN, 2008 *apud* FARINHAS *et al*., 2013, p. 113). Compreender como a família se organiza para lidar com uma doença como o câncer, pode favorecer a elaboração de estratégias que possibilitem um maior cuidado a esta, contribuindo para que ela possa dar um suporte adequado ao paciente (MELO *et al*., 2012).

Câncer é o nome dado para o conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desornado de células cancerígenas que invadem os tecidos e órgãos, podendo ocasionar metástase, ou seja, se espalharem para outras regiões do corpo. As causas podem ser variadas, externas ou internas ao organismo (INCA, s/a). De acordo com Christo e Traesel (2009, p. 76), "os tumores mais frequentes em homens são de próstata, pulmão, estômago, cólon e reto e esôfago, enquanto que, nas mulheres, predominam os cânceres de mama, colo uterino, cólon e reto, pulmão e estômago."

Portanto, "Trabalhar com pacientes oncológicos é envolver-se com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença, visando ao atendimento integral do paciente para diminuir o sofrimento inerente ao processo da doença" (COSTA *et al*., 2009 *apud* CHRISTO & TRAESEL, 2009, p. 77). Sendo assim, cabe ao profissional da Psico-oncologia resgatar vida nesses pacientes, englobando os aspectos físicos e psíquicos, para assim poderem falar de seus medos, desejos, emoções e sentimentos (CHRISTO & TRAESEL, 2009).

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo relatar, analisar e comprovar a teoria com a prática vivenciada no atendimento a um paciente com diagnóstico de câncer como estagiária de Psicologia, para a obtenção da conclusão do curso de Psicologia da Unama-Universidade da Amazônia.

## MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura com relato de caso. As informações relacionadas ao caso clínico foram obtidas por meio de revisão do prontuário e entrevista com o paciente. Esta pesquisa atendeu aos critérios éticos de pesquisa com seres humanos. O local da pesquisa envolveu o Hospital Ophir Loyola de Belém do Pará. A prática no atendimento ao paciente também teve como instrumento a Avaliação Psicológica, que consiste na coleta de dados da história de vida, sua história atual da doença e os dados do passado, estado emocional geral do paciente, sequelas emocionais, temperamento emocional e postura frente à doença e a vida.

Para relacionar a teoria com a prática, foram feitas pesquisas em livros na biblioteca da Unama e em artigos científicos da base de dados SciELO. Os descritores utilizados para a busca foram: "câncer", "diagnóstico de câncer", "família e câncer", "aspectos psicológicos e câncer", "Psicologia hospitalar

e câncer". Os critérios de inclusão foram artigos no idioma português, publicados a partir dos anos 2000 e que abordavam a temática proposta para este estudo. Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos em forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Para apresentar os resultados foram selecionados 11 artigos para a revisão que abordavam a temática escolhida para a construção deste trabalho. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em subtítulos com a temática proposta.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O câncer

O câncer é um conjunto de doenças causadas pela multiplicação de células anormais, sendo a segunda maior causa de morte nos países industrializados, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares, onde uma em cada quatro pessoas adquire a doença, e uma em cinco morrerá. Os três principais tipos de tratamento envolvem radioterapia, quimioterapia e a cirurgia, sendo esta última, objeto de estudo nas últimas quatro décadas (FONTES *et al*., 2005).

Por doença crônica entende-se uma enfermidade de longo curso, incurável, que na maioria das vezes causa sequelas e limitações funcionais que demandam adaptações individuais e familiares. O câncer, por ser uma enfermidade que possui sintomas e incapacidades que exigem controle de longo prazo, enquadra-se como doença crônica (FERREIRA *et al*., 2010). "A palavra câncer vem do latim "*cancer*", que significa caranguejo. Esse nome se deve à semelhança entre as pernas do crustáceo e os vasos do tumor que se infiltram nos vasos sadios do corpo" (FONTES *et al*., 2005, p. 13).

De acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da agencia internacional para pesquisa em câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de novos casos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes em todo o mundo no ano de 2012 (INCA, 2014).

As causas do câncer podem ser externas, quando relacionadas ao ambiente, hábitos ou costumes de uma sociedade especifica, ou internas quando ligadas a predisposições genéticas e à capacidade do organismo de se defender de agressões externas (INCA s/a).

O estudo dos fatores de risco isolados ou combinados tem permitido estabelecer relações de causa-efeito entre eles e determinados tipos de câncer. Dois pontos devem ser enfatizados em relação aos fatores de risco: primeiro, que o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças, como o tabagismo, por exemplo, que é fator de risco para diversos canceres, doenças cardiovasculares e respiratórias; segundo, que vários fatores de risco podem estar envolvidos na origem de uma mesma doença, que são chamados de agentes causais múltiplos. A multicausalidade é frequente na formação do câncer e isso pode ser exemplificado pela associação entre o álcool, o tabaco, residência em zona rural e o câncer de esôfago, e entre o álcool, tabaco, chimarrão, churrasco, o cozimento de alimentos em fogão a lenha e o câncer da cavidade bucal (INCA, s/a).

### O impacto psicológico do diagnóstico de câncer no paciente e na família

O paciente com câncer enfrenta mudanças no seu estilo de vida provocadas

pela doença e pela recorrência de internações hospitalares. Este fato também é vivenciado pelos familiares que o acompanham no dia a dia, tanto em domicilio como na instituição hospitalar e estes podem ser considerados aliados no acompanhamento da doença, compartilhando perdas, limitações, cuidados, mudando papéis e funções e se reorganizando para adaptar-se e prestar auxílio ao paciente (FERREIRA *et al*., 2010).

Após o choque inicial do diagnóstico, os pacientes costumam apresentar respostas emocionais como ansiedade, raiva e depressão (SCOTT, 1991 *apud* SILVA *et al.*, 2008). Visto pelo indivíduo como uma ameaça do destino, o câncer desencadeia uma série de sentimentos como impotência, desesperança, temor e apreensão, levando este diagnóstico a ser frequentemente acompanhado de depressão, consequência muitas vezes da não aceitação da doença por parte do paciente (FREIRE, 2003; CARVALHO, 2002 *apud* SILVA *et al.*, 2008).

O impacto inicial da doença crônica gera ansiedade e medo não só no indivíduo doente, mas também na família e esses sentimentos podem ser expressos na forma de raiva, negação, tensão, etc. Enquanto algumas famílias se distanciam do paciente devido à doença deste, outras têm o relacionamento ainda mais fortalecido, isso é percebido pela aproximação emocional e pela participação dos membros familiares no processo de adoecimento (FERREIRA *et al*., 2010).

O câncer pode ser considerado uma "doença familiar", pois o seu impacto também afeta diretamente o funcionamento da família, os papéis desempenhados pelos membros e os relacionamentos. Com o impacto do diagnóstico, o paciente e a família sofrem novas incertezas e buscam forças para iniciar uma nova trajetória. Ao presenciar as dificuldades, a família reconhece-as como uma verdadeira batalha e identifica sua própria fragilidade diante desse processo (FERREIRA *et al.*, 2010).

O cuidado ao paciente com câncer exige do cuidador a disponibilização de um tempo para a dedicação necessária. Ajudar o paciente necessitado em tudo que for possível e estiver ao seu alcance é de extrema importância para ele, pois o apoio emocional e a participação direta dos familiares, ajuda no enfrentamento da doença. As famílias que conseguem resgatar os sentimentos positivos, organizam a rotina familiar para o melhor enfrentamento da doença. Assim, quando a família se reconhece como elemento de apoio, oferecendo afeto, estímulo ao autocuidado e auxilia na tomada de decisões, influencia o modo como o paciente enfrenta a doença. Os pacientes que contam com o apoio da família desde o diagnóstico de câncer e no tratamento, consideram-na como fonte de forças para enfrentar a doença (FERREIRA *et al*., 2010).

## A espiritualidade como estratégia de enfrentamento

A espiritualidade é um tema que vem chamando a atenção dos profissionais de saúde no que diz respeito ao cuidado humano. Pesquisas mostraram que este pode ser um caminho que pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes, assim como ajuda a agilizar o processo de cura e/ou enfrentamento da doença (FERREIRA *et al*., 2010).

O *coping* (enfrentamento) é concebido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de manejar situações estressantes (PANZINI & BANDEIRA, 2007). Koenig *et al*. (1998 *apud* PANZINI & BANDEIRA 2007) definem o *coping*

religioso como o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas de situações estressantes da vida.

As famílias demonstram que a questão religiosa não é um fato novo, mas uma prática que já vem sendo exercida e é revigorada com o surgimento da doença. Suportar a doença e o consequente tratamento exige do paciente oncológico força e perseverança. Para manter a fé e a participação no tratamento, é preciso força espiritual que leva o indivíduo a acreditar na existência de um ser superior. A vitória conseguida em cada fase, além da motivação para vencer e viver, é atribuída à sua fé na força superior, que é Deus e o seu poder de cura. Portanto, a espiritualidade é um apoio importante na construção dos significados, pois representa uma ferramenta para o enfrentamento do diagnóstico e do tratamento do câncer, ajudando os familiares a buscarem recursos na luta contra a doença (FERREIRA *et al*., 2010).

## A importância da atuação do Psicólogo junto aos pacientes com câncer

O Psicólogo atuante na área da Psico-oncologia deve manter o bem-estar psicológico do paciente, identificando e compreendendo os fatores emocionais que intervém na sua saúde. Este profissional também tem como objetivo, prevenir e reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo câncer e pelo seu tratamento. A prática do Psicólogo é exercida em todas as etapas do tratamento e os seus objetivos serão alcançados na medida em que este vai compreendendo o que está envolvido na queixa do paciente (VENÂNCIO, 2004).

De acordo com Sebastiani e Maia (2005), estudos e pesquisas em Psicologia hospitalar revelam que a escuta psicológica no hospital atua para minimizar os sentimentos de angústia e ansiedade do paciente, possibilitando-lhe a manifestação de sentimentos e o apoio no processo de compreensão de suas vivências dolorosas relativas ao adoecimento e ao tratamento, mediando ainda a relação de confiança entre o paciente e a equipe.

Outro ponto importante que o Psicólogo deve estar atento é em relação às informações da doença. Quanto mais informado o paciente estiver de sua doença, maior será a sua capacidade de enfrentamento e mais confiança terá na equipe. Pacientes bem informados reagem melhor ao tratamento. Portanto, o Psicólogo deve preocupar-se em falar numa linguagem acessível e sempre checar se as informações e orientações dadas pela equipe foram compreendidas (VENÂNCIO, 2004).

A atuação do Psicólogo não se restringe ao paciente oncológico. É imprescindível incluir a família no atendimento, já que são fundamentais no auxílio para o enfrentamento da doença. Atuando junto à família, o profissional da Psicologia deve buscar reforçar os vínculos afetivos entre esta e o paciente. A participação dos familiares nas decisões junto ao paciente constitui outro fator que deve ser estimulado pelo Psicólogo. Para que a atuação do Psicólogo junto à equipe e ao paciente se desenvolva satisfatoriamente, é necessário que este profissional tenha informações básicas sobre o câncer, além dos tratamentos e sintomas que resultam da doença (VENÂNCIO, 2004).

## Relato e análise do caso

O Hospital Ophir Loyola, referência em câncer em Belém do Pará, possui diversas clínicas, cada uma com sua especificidade, no entanto a clínica enfocada neste estudo é a Urológica, local de minha prática como estagiária de Psicologia Hospitalar.

Esta clínica contava com 13 leitos e os casos de câncer mais presentes eram de Próstata, Pênis, Testículo, Bexiga, Rim e havia ainda, casos de Estenose de Uretra. Nesta clínica só era permitido que os pacientes tivessem acompanhantes se fossem idosos ou necessitassem de ajuda e suporte para realizarem atividades de rotina, como por exemplo, tomar banho e se vestir. Também havia horários para que os familiares pudessem visitá-los.

Ao começar a atender os pacientes, logo me deparei com um grande impacto psicológico do diagnóstico de câncer, principalmente nos homens com câncer de Pênis, de Testículo e de Próstata, e foi justamente por esse motivo a escolha deste tema. Por questões éticas, o nome do paciente escolhido para a construção deste estudo não será mencionado, apenas a primeira letra de seu nome. O paciente selecionado relatou o descobrimento da doença e o quanto esta lhe abalou emocionalmente trazendo medo, desespero e ansiedade.

V., paciente do sexo masculino, 26 anos, casado, católico, tendo uma filha de 3 anos, residente em Castanhal (Município do estado do Pará), em casa própria, trabalha como autônomo entregando mercadorias como água e gás nas residências, diagnosticado com câncer de testículo.

No primeiro contato com o paciente, ou seja, na entrevista psicológica inicial, ele estava com uma expressão séria e se encontrava folheando um livro nas mãos. Apresentei-me, falei da existência do serviço de Psicologia da clínica, e ao perguntar se ele já havia tido contato com algum Psicólogo no hospital, o mesmo referiu que não, então lhe disse que eu estava ali para conhecê-lo e lhe acompanhar durante o seu processo de internação. Neste momento o paciente foi receptivo, sorriu e à medida que as perguntas para coletar dados de sua vida, histórico da doença e da hospitalização foram sendo realizadas, o mesmo forneceu um relato detalho.

V. referiu que tudo começou com a apresentação de um pequeno “caroço”, no seu testículo esquerdo, mas não deu importância, pois achava que ia sumir, porém, o tempo foi passando, o “caroço” foi crescendo e as dores e os incômodos surgindo, foi quando sua esposa o convenceu e o incentivou a procurar um médico. Ao ir ao médico em um hospital de Castanhal, ele foi encaminhado para o Hospital Ophir Loyola, em Belém do Pará, devido à suspeita de ser um tumor. Ao começar o acompanhamento, os exames diagnosticaram câncer de testículo.

V. relatou que ao receber o diagnóstico entrou em desespero, achando que ia morrer, não dormia direito, pois estava ansioso e preocupado, principalmente quando passou a fazer o acompanhamento hospitalar e via outros casos de câncer, pois ficava com mais medo e desespero. V. disse que não frequentava médicos e hospitais há anos e quando se deparou com o pequeno “caroço” tinha medo do que poderia ouvir dos médicos, não procurou ajuda, pois temia o que fosse descobrir.

O desespero, o medo, a ansiedade e a não aceitação que V. sentiu ao descobrir a doença podem ser confirmados na literatura de Ferreira *et al*. (2010), que afirmam que o

diagnóstico de câncer gera uma série de sentimentos negativos não só no paciente, mas no familiar também. O medo de morrer que V. relatou também está associado ao fato de o câncer ter sido rotulado como uma doença dolorosa e mortal (VENÂNCIO, 2004).

Ao saber de seu diagnóstico, V. ficou em casa aguardando leito do hospital Ophir Loyola e ao ser chamado, foi se internar. Chegando ao leito, ele viu que não era tudo o que pensava, então foi se acalmando, o desespero foi dando lugar para o sentimento positivo, para a fé e a esperança de que tudo ia dar certo. Apegando-se com Deus, V. acreditava que iria ficar curado e tinha muita fé nisso. Ferreira *et al*. (2010), afirmam que o apego com Deus, o contato com a fé e a espiritualidade são recursos de enfrentamento para a doença, e uma ferramenta para lutar com o diagnóstico e o tratamento.

Durante os atendimentos seguintes, o paciente passou a ficar mais tranquilo, trazia algumas novidades, como a realização da cirurgia, que era uma certeza de acontecer e a possibilidade de realizar quimioterapia e radioterapia. Ele se encontrava bastante confiante com a cirurgia e com os possíveis procedimentos a serem realizados. Em alguns momentos relatou ansiedade para voltar pra casa, pois estava com saudades da filha.

V. tinha o apoio da esposa, que sempre estava presente no horário da visita, e passou a ser sua acompanhante e cuidadora depois da realização da cirurgia, já que o mesmo precisava desse apoio na realização das atividades de banho e de se vestir. O apoio do familiar neste momento é de suma importância para o paciente, pois de acordo com Ferreira *et al*. (2010), o paciente que possui esse apoio, tem no familiar a renovação de forças para enfrentar a doença.

Um dia antes de V. operar, a assistente social solicitou-me que passasse com a esposa de V. no horário de visita, pois no dia anterior quando eu não me encontrava no hospital no horário da tarde, ela estava chorosa e muito abalada. Eu ainda não havia tido nenhum contato com ela até o momento, pois todas as vezes que eu ia atendê-lo ela ainda não estava presente, devido o horário de visita, dessa vez esperei o horário da visita para poder falar com ela. A esposa do paciente chegou na hora que eu estava terminando o atendimento com ele. Assim, V. me apresentou sua esposa, eu também me apresentei e chamei-a para conversar fora da enfermaria.

Ela relatou como estava sendo viver aquele momento junto ao seu marido, referindo que no início esteve muito abalada, mas que com o tempo foi se acalmando. Disse que estava fazendo tudo o que era possível por ele, e neste momento falou justamente do dia anterior em que esteve abalada e chorou muito. Isso aconteceu logo depois que o médico falou da realização da cirurgia e da possibilidade de V. fazer quimioterapia e radioterapia. Ela disse que ficou muito preocupada, pois seria uma cirurgia complicada e talvez ele ainda tivesse que fazer quimioterapia um mês depois. Porém, ela disse que já estava melhor, que o dia anterior havia passado e que agora estava confiante em Deus, que tudo ia dar certo, que tinha fé e esperança nisso. Essa última fala da esposa de V., também pode ser confirmada na literatura de Ferreira *et al*. (2010), sobre o uso da espiritualidade ser um recurso de enfrentamento para lidar de forma menos dolorosa com o processo de adoecimento de seu marido.

A familiar de V. também relatou que estava deixando a filha do casal com sua mãe para poder ficar com o marido no hospital,

disse que estavam se reorganizando para poder priorizar ele, porque agora ele era a prioridade. Ferreira *et al*. (2010), afirmam que é neste momento que as famílias precisam se reorganizar e mudar os papéis para ajudar aquele familiar, e também é neste momento que muitas famílias se aproximam afetivamente do paciente, dando apoio emocional e carinho.

A minha relação com o paciente e com a sua esposa foi muito satisfatória. Com o paciente, acolhi, fiz escuta terapêutica, orientei (Psicoeducação), estimulei V. a perguntar para os médicos sobre suas dúvidas quanto aos procedimentos a serem realizados, pois assim ele se se tornaria ativo no seu processo de tratamento. De acordo com Venâncio (2004) e com Sebastiani e Maia (2005), o Psicólogo sempre deve checar se as informações dadas pela equipe foram compreendidas e que a escuta atua para minimizar os sentimentos negativos advindos do diagnóstico e do processo de hospitalização.

Validei a espiritualidade e a fé que o paciente e sua esposa relatavam, pois é um importante recurso de enfrentamento. Com a familiar também acolhi, orientei a não chorar na frente do paciente e que quando quisesse fazer isso, saísse para chorar lá fora, para não afetar o emocional de V. e se quisesse me chamar no horário em que eu estagiava, iria estar com ela neste momento, então ela disse que iria me chamar quando precisasse. Como a familiar era bastante presente, estava sempre ao lado dele e ressaltava que jamais iria deixá-lo sozinho naquele momento, apenas reforcei seu pensamento sobre a importância da sua presença naquele momento junto do seu marido.

Os atendimentos com o paciente foram fluindo tranquilamente e criamos um vínculo. Com a esposa do paciente também aconteceu o mesmo, o vínculo emocional foi forte e de muita confiança, a ponto de ela dizer que quando quisesse chorar e conversar iria me chamar, e eu sempre ofereci escuta quando ela precisasse.

Ao receber alta, o paciente e a familiar relataram que voltariam ao hospital para V. realizar as sessões de quimioterapia e agradeceram por todo o meu apoio e da equipe naquele momento, pontuando que nós seriamos pessoas jamais esquecidas. Assim, fechei o atendimento Psicológico com ele e sua esposa, dando meu feedback e desejando futuras melhoras.

## CONCLUSÃO

Como vimos na literatura e na prática, o câncer é uma doença que além de afetar o paciente com sintomas físicos, também o afeta com sintomas psicológicos que precisam do autocuidado de todos os profissionais da oncologia, incluindo o Psicólogo. Este profissional tem o foco nas sequelas emocionais do paciente advindas do diagnóstico da doença, diferentemente dos outros profissionais.

O hospital é um local onde paciente e família não tem privacidade. Nas enfermarias junto aos outros pacientes acabam por ver certos procedimentos que são realizados, alguns chegam a ver a morte de outros pacientes que estão no leito ao lado ou próximo ao seu. Existem regras e horas certas para comer, tomar banho, tomar remédios, fazer procedimentos como exames médicos, cirurgias, etc. É um ambiente que deixa o paciente e seu familiar inseguros e ansiosos. Muitas vezes o paciente começa a apresentar sintomas de depressão, agressividade, negação, raiva, etc.

Os sintomas psicológicos advindos do diagnóstico de câncer devem ser foco de políticas de saúde para que a incidência de depressão e de outros transtornos mentais venha a diminuir e evitar riscos para a saúde dos pacientes. A inclusão de Psicólogos nos hospitais para que haja acompanhamento Psicoterapêutico com esses pacientes e seus familiares é imprescindível.

Os atendimentos com o paciente e seu familiar (esposa) me mostraram na prática o que acontece com o psicológico de ambos ao vivenciar uma doença como o câncer. Pude presenciar e confirmar na prática os sentimentos negativos advindos do recebimento do diagnóstico e do próprio processo de hospitalização que a literatura apresenta. Todo o processo da doença e a hospitalização do paciente foram vividos de forma menos dolorosa com a minha atuação. A escuta terapêutica e o acolhimento que a Psicologia tem como diferencial dentro do hospital, minimizou o sofrimento do paciente e de seus familiares, prevenindo sintomas de depressão, ansiedade e transtornos mentais e emocionais.

A atuação como estagiária de Psicologia trouxe muita satisfação para minha formação, pois pude aprofundar meus estudos para compreender os aspectos psicológicos envolvidos no diagnóstico e no tratamento do câncer. Os objetivos como estagiária de Psicologia foram alcançados e espero que este estudo possa trazer satisfação para os leitores e novas pesquisas sobre o tema proposto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHRISTO, Z. M & TRAESEL, E. S. Aspectos psicológicos do paciente oncológico e a atuação da Psico-oncologia no hospital. Disciplinarum Scienta: Ciências Humanas, v. 10, p. 75, 2009.

FARINHAS, G. V. *et al*. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. Pensando Famílias, v. 17, p. 111, 2013.

FERREIRA, N. M. L. *et al*. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. Revista Ciência, Cuidado e Saúde, v. 9, p. 269, 2010.

FONTES, A. S. *et al*. A química inorgânica na terapia do câncer. Cadernos Temáticos de Química Nova na Escola, p. 13, 2005.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Disponível em: https://www.inca.gov.br/. Acesso em 14 abr. 2020.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 60, p. 63, 2014.

MELO, M. C. B. *et al*. O funcionamento familiar do paciente com câncer. Psicologia em Revista, v. 18, p. 73, 2012.

PANZINI, R. G. & BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 34, p. 126, 2007.

SEBASTIANI, R. W & MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde–hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. Acta Cirúrgica Brasileira, v. 20, p. 50, 2005.

SILVA, S. S. *et al*. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 4, p. 73-88, 2008.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do Psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 50, p. 55, 2004.

# CAPÍTULO 26

# PANDEMIA COVID-19 E O AUMENTO DA DEPRESSÃO INFANTIL

*Palavras-chave: Depressão; Criança; Epidemias por Novo Coronavírus 2019*

ANTONIO DE PÁDUA GANDRA SANTIAGO FILHO[1]
LARA CHIERICI AVELAR[2]
ARTHUR CAMPOS LIMA RODRIGUES[1]
CLARA BENSEMANN GONTIJO PEREIRA[2]
ARTHUR MENDES DE MIRANDA SOARES[1]

1. Discente do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG Belo Horizonte, MG.
2. Discente do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Contagem, MG.

## INTRODUÇÃO

A depressão se apresenta como um dos principais males do século XXI. Entretanto, devido a diferença dos sintomas apresentados pelos adultos e por muitas vezes os sintomas se apresentarem de forma mascarada, a depressão infantil é despercebida pelos diversos profissionais (CALDERARO & CARVALHO, 2005). Nesse sentido, é fundamental o aprofundamento de estudos nessa área.

A depressão infantil surge principalmente por situações traumáticas ou por perdas importantes. No entanto, alguns fatores influenciam de forma direta no aparecimento dessa patologia como a hereditariedade, condições sociais, configuração familiar, a função materna, o início do funcionamento psíquico e o superego. Os prejuízos no desenvolvimento infantil podem ser em nível físico, cognitivo, psicomotor e psicossocial. Além disso, afeta também a família e o grupo em que a criança está inserida (HUTTEL *et al*., 2011). As suas principais manifestações se dão por transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, baixa autoestima, tristeza, medos, distúrbios do sono, enurese, dores abdominais, etc. (CALDERARO & CARVALHO, 2005).

No ano de 2019, fomos surpreendidos pela pandemia da COVID-19. Um vírus que tem alta taxa de contaminação e de fácil transmissão. Como estratégia para conter a dispersão do vírus, os estados impuseram o "*Lockdown*", limitando a circulação da população em lugares públicos e assim, gerando o isolamento social. Entretanto, apesar de o isolamento social impactar na redução da transmissão do vírus entre as pessoas, o impacto psicológico que ele causa é visto e relatado em diversos estudos (SILVA *et al*., 2020).

Nesse âmbito, o cenário pandêmico da COVID-19, com às bruscas alterações nos hábitos de vida, o isolamento social e o elevado número de óbitos, foram responsáveis por aflorar o estresse e influenciar no psicológico dos infantes, tendendo ao aumento da doença depressiva. Dessa forma, o presente artigo tem como principal objetivo revisar as consequências da pandemia sobre a saúde mental infantil, estabelecendo uma relação com o aumento da incidência da depressão nessa faixa etária.

## MÉTODO

O presente estudo é caracterizado como uma revisão integrativa, realizada no período de fevereiro até março de 2021 por meio de buscas nas bases de dados Google Scholar, SciELO e PubMed. Foram utilizados os descritores: "Depressão"; "Criança"; "Epidemia por Novo Coronavírus 2019"; "Saúde Mental". A partir destas pesquisas foram encontrados 29 artigos, então submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos escritos nos idiomas português brasileiro e inglês; publicados no período de 2005 a 2021 e que apresentavam análises sobre a relação entre a depressão e o desenvolvimento infantil e/ou o impacto da pandemia da COVID-19 nesta relação; estudos do tipo observacional transversal, revisão narrativa, estudo observacional de casos, revisão integrativa e revisão sistemática, disponíveis para acesso na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos disponibilizados na forma de resumo, que abordavam o tema escolhido com um enfoque diferente do desejado, que não

atendiam a um ou mais de um dos critérios de inclusão adotados e que apresentavam estrutura metodológica frágil, impossibilitando tanto a identificação do tipo de estudo quanto a reprodução da metodologia utilizada.

Após a análise inicial dos 29 artigos encontrados por seus respectivos títulos e resumos, 12 foram excluídos por não abordarem o tema escolhido com o foco desejado, e outros 2 foram excluídos tanto por abordarem a temática principal deste trabalho sob uma perspectiva divergente da almejada quanto por terem sido disponibilizados no formato de resumo, sendo o acesso ao formato integral dependente de pagamento. Os 15 trabalhos restantes foram lidos e analisados em sua totalidade, o que levou à exclusão de outros 4 documentos por apresentarem uma estrutura metodológica de frágil delimitação quanto ao tipo de estudo e quanto aos critérios adotados para desenvolvimento dos mesmos.

Os 11 artigos restantes foram submetidos à leitura criteriosa e minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: apresentação dos resultados, introdução sobre a depressão infantil, influência do cenário pandêmico sobre a depressão infantil e medidas que podem ajudar na promoção da saúde mental durante a pandemia por COVID-19.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra final desta revisão estão presentes 7 artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Na tabela estão descritos conforme a base de dados, autor, ano, título e principais resultados. Os artigos selecionados estão dispostos na Tabela 26.1.

### Introdução sobre a depressão infantil

A depressão infantil ganhou maior destaque nos últimos anos devido à preocupação dos profissionais da saúde quanto às complicações que ela pode gerar ao longo da vida das crianças.

Essa doença, apesar de ter ganhado maior atenção nos últimos anos, ainda apresenta desafios relacionados ao seu diagnóstico, pois os sintomas apresentados podem ser distintos dos manifestados nos adultos, e também, na maioria das vezes, as crianças apresentam dificuldades em expressar verbalmente seus sentimentos. Dessa forma, é difícil realizar seu diagnóstico, sendo necessário uma análise mais detalhada, cuidadosa e subjetiva durante a investigação, em busca de identificar os sintomas que se apresentam de forma mascarada, e também de forma somática (SCIVOLETTO & TARELHO, 2002 *apud* CALDERADO & CARVALHO, 2005).

Alguns dos sintomas que podem ser encontrados durante o diagnóstico da depressão infantil são os seguintes: irritabilidade, reclamações somáticas, reclusão do convívio social, humor diminuído (ROLIM NETO *et al*., 2011), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, baixa autoestima, medo, distúrbios do sono e baixo rendimento escolar (SCIVOLETTO & TARELHO, 2002 *apud* CALDERADO & CARVALHO, 2005). Desse modo, a sua grande variedade de sintomas pode tornar o seu diagnóstico pelos profissionais bastante dificultado.

**Tabela 26.1.** Caracterização entre os artigos selecionados, pela Base de dados, Autor, Ano, Título e Principais resultados

| Base de dados | Autor e Ano | Título | Principais Resultados |
|---|---|---|---|
| SciELO | CALDERARO & CARVALHO, 2005 | Depressão na infância: um estudo exploratório | Através de um estudo de caso com 9 crianças que apresentavam núcleos depressivos significativos, mostrou-se que a depressão infantil se manifesta de forma significativa, com intenso sofrimento psíquico e necessidade de encaminhamento. |
| PubMed | MIRANDA, *et al.*, 2020 | Como a pandemia de COVID-19 está impactando a saúde mental de crianças e adolescentes? | As crianças respondem diferentemente a situações estressantes, dependendo do seu estágio de desenvolvimento, condições socioeconômicas e culturais, e às diferentes formas de lidar com o isolamento social imposto. |
| Google Scholars | ROLIM NETO, *et al.*, 2011 | Depressão infantil e desenvolvimento psicocognitivo: descrição das relações de causalidade | A depressão infantil tem grande influência negativa no desenvolvimento cognitivo infantil. A criança pode se sentir incapaz, com vergonha, baixa autoestima e apresentar distanciamento das demandas de aprendizagem. |
| Google Scholars | ALMEIDA, *et al.*, 2020 | Pandemia de COVID-19: Guia prático para promoção da saúde mental de crianças e adolescentes | A pandemia, em decorrência da mudança de hábitos trouxe diversos desafios para as famílias, e elas necessitam de cuidados para minimizar os danos à saúde mental de crianças e adolescentes. |
| Google Scholars | AYDOGDU, 2020 | Saúde mental das crianças durante a pandemia causada pelo novo corona vírus: revisão integrativa | Diversos fatores associados à quarentena da COVID-19 podem influenciar crianças e adolescentes à depressão, como: a quarentena, a infecção pelo vírus, o contágio ou a morte dos pais, a crise econômica e o aumento do tempo em aparelhos eletrônicos conectados à internet. |
| Google Scholars | DA MATA, *et al.*, 2020 | As implicações da pandemia do COVID-19 na saúde mental e no comportamento das crianças | O isolamento social, restrição do convívio social com amigos e familiares, mudanças na rotina escolar com redução da socialização, podem gerar modificações no humor, sintomas de estresse pós traumático, depressão ou ansiedade nas crianças. Sendo enfatizadas as crianças que perderam familiares para o vírus. |
| Google Scholars | ALMEIDA & JÚNIOR, 2021 | Os impactos biopsicossociais sofridos pela população infantil durante a pandemia do COVID-19 | As crianças e adolescentes durante o período de isolamento social ficaram mais propensos a desenvolver estresse crônico e agudo, ansiedade, depressão, distúrbios do sono e do apetite, irritabilidade, medo, insegurança e prejuízo nas interações sociais. |

Os sintomas do transtorno de humor supracitado, em longo prazo, podem comprometer o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança, visto que eventos estressantes vivenciados precocemente são fatores que influenciam um desenvolvimento cerebral inadequado (ROLIM NETO *et al.*, 2011).

Segundo FICHTNER (1997, *apud* HUTTEL *et al.*, 2011), dois fatores de risco para o seu surgimento são: situações traumáticas desencadeadas por intensificação do estresse, ou por perdas significativas.

## Influência do cenário pandêmico sobre a depressão infantil

Diante do cenário de pandemia por COVID-19 iniciado em 2020, aumentaram os eventos estressantes precursores da depressão infantil, aumentando assim a incidência dessa doença. O contexto caótico e altamente estressor causado por essa pandemia reflete no

sistema familiar e no desenvolvimento das crianças (LINHARES & ENUMO, 2020).

A nova doença ainda é muito desconhecida e infecciosa. Devido a isso, requer medidas que restrinjam o contato entre as pessoas, visando reduzir a infecção pelo vírus. Nesse contexto, o estado mental das crianças torna-se ainda mais crítico, visto que houve uma severa mudança em sua rotina, podendo ser propício para o desenvolvimento de depressão infantil (MIRANDA *et al*., 2020).

O fechamento das escolas foi o principal responsável por mudar o cotidiano das crianças. O papel desse espaço não é só de aprendizagem, mas também de interação, desenvolvimento social, prática de atividades de lazer, nutrição adequada e atividades físicas. Sendo que, a atividade física regular está associada a menores taxas de depressão e ansiedade nas crianças (MIRANDA *et al*., 2020). Nesse sentido, as escolas são de grande importância na formação correta da capacidade psicomotora e cognitiva das crianças, pois permitem com que elas aprendam a lidar com seus próprios sentimentos e com situações estressantes da vida (ALMEIDA & SILVA JÚNIOR, 2021).

Outro fator que é um importante pilar do processo de desenvolvimento nos quesitos acadêmico, social e emocional, é a afetividade, e a sua carência pode ser relacionada a transtornos mentais como a depressão. Muitas crianças têm a família bastante ausente, e postergam para a escola toda a sua função de dar a educação elementar aos infantes, o que já contribui para tornar as relações sociais mais fracas, estando associada ao decréscimo da saúde mental (LUIZ, 2017).

No contexto atual, em que as escolas estão fechadas, esse fator se torna ainda mais problemático, já que essas crianças podem estar sujeitas a não receberem educação adequada nem em casa, e nem nas escolas.

Ademais, em consequência das medidas de isolamento social e com a restrição ao comércio, houve o aumento dos índices de desemprego, cortes salariais, queda na demanda dos serviços informais e crise econômica, aumentando o sentimento de incerteza e insegurança do futuro. Esse cenário pode abalar as estruturas familiares, de modo a provocar riscos ao desenvolvimento infantil, e também pode contribuir para o aumento da vulnerabilidade familiar, podendo influenciar no aumento de maus-tratos infantis (LINHARES & ENUMO, 2020; MIRANDA, *et al*., 2020). Segundo Mata *et al*. (2020):

> [...] "A vivência de dificuldades e estresse por um longo período pelos adultos pode prejudicar a capacidade de dar suporte e apoio às crianças, o que pode acarretar prejuízos ao desenvolvimento a nível sistêmico assim como o desenvolvimento ou piora de quadros de ansiedade, depressão e estresse."

Nesse contexto, o ambiente doméstico causado pelo *lockdown* contribuiu para que crianças possam se tornar mais suscetíveis aos diversos tipos de violência, tanto física, quanto sexual, já que nem todas as casas são ambientes seguros. Os relatos de violência doméstica estão aumentando ao redor do mundo. No Brasil, esse aumento alcançou os 50% no período da pandemia. Nesse contexto, crianças que sofrem ou presenciam situações de violência, têm grande chance de apresentarem distúrbios na saúde mental (AYDOGDU, 2020).

Somado a isso, outros fatores estressantes que podem refletir para as crianças são gerados pela suspensão do contato físico com cuidadores ou pais com suspeita/diagnóstico de COVID-19, e/ou com

o histórico alto de óbitos pelo vírus (MATA *et al*., 2020).

Devido ao contexto de pandemia, o tempo de uso de aparelhos eletrônicos pelas crianças, em geral, aumentou. O uso de mídias sociais pode ser útil na saúde mental, em virtude da possível interação com parentes, amigos, possibilidade de auto expressão e acesso à informação (MIRANDA *et al*., 2020). Contudo, as crianças se tornam mais expostas a notícias falsas e desinformação sobre a COVID-19, o que pode ocasionar uma preocupação superdosada, além de estarem mais vulneráveis a criminosos online, tentativas de fraude e acesso a conteúdo sexualmente impróprio (MIRANDA *et al*., 2020). Dessa forma, o acesso aos meios de comunicação às crianças deve ser limitado pelos pais. Estes devem se manter atualizados sobre as condições do vírus, e informá-las respeitando a sua capacidade de entendimento, evitando um tom alarmista (ALMEIDA *et al*., 2020).

Apesar de grande parte da população estar realizando trabalho *home office*, existem muitos profissionais que precisam sair para trabalhar, nessa perspectiva muitas crianças e adolescentes são deixados sozinhos durante os dias de trabalho dos pais e, dessa forma, estão mais propensas a apresentar depressão e ansiedade (MIRANDA *et al*., 2020; AYDOGDU, 2020).

Além da exposição aos fatores já mencionados, as crianças também ficaram mais sujeitas a distúrbios alimentares e a um estilo de vida sedentário, nessa perspectiva Almeida & Silva Júnior (2021) citaram a pesquisa realizada por RUIZ-ROSO *et al.* (2020), em que estes observaram em seu estudo que houve um aumento de 52,1% de jovens sedentários durante o período do confinamento, e também que houve um aumento de consumo de alimentos ultraprocessados durante o isolamento social.

De acordo com o autor:

> "Essa alteração alimentar, juntamente com a inatividade física, onde os jovens passam muito tempo assistindo TV e apresentam sono desregulado, são consequências do estresse e da ansiedade provocada pelo isolamento e que possuem forte potencial para o desenvolvimento da obesidade e comprometimento da saúde como um todo." [...] (RUIZ-ROSO *et al.*, 2020, *apud* ALMEIDA & SILVA JÚNIOR, 2021)

Sendo assim, todas essas mudanças e ambientes estressantes para as crianças podem comprometer o desenvolvimento da saúde mental infantil a longo prazo, no período pós pandemia, podendo aumentar a incidência de transtornos mentais, ideação suicida e suicídios (MATA *et al*., 2020).

## Medidas que podem ajudar na promoção de saúde mental durante a pandemia por COVID-19

Faz-se necessário diálogos entre os familiares, buscando escutar e entender os medos, ânsias e toda a percepção infantil acerca da pandemia, visando percorrer as formas de transmissão. Principalmente as crianças em fase pré-escolar têm um conhecimento mais fantasioso, e podem ter uma preocupação desmedida, podendo repercutir com uma sobrecarga excessiva desnecessária. Além disso, é de grande importância que as equipes de saúde mental, os pediatras e a equipe multiprofissional se encontrem capacitadas, visando a identificação precoce da depressão, e a possível amenização do estresse durante esse período atípico (MATA *et al.*, 2020).

Para amenizar os fatores de estresse e a problemática sobre a saúde mental, os pais podem estabelecer algumas regras em casa e

buscar seguir algumas recomendações: estabelecimento de rotinas, com a divisão do trabalho doméstico e o gerenciamento do convívio entre irmãos, evitando conflitos; os familiares não devem fazer cobranças exageradas dos filhos, e como algumas escolas retornaram virtualmente, eles devem tentar respeitar as propostas das instituições; além disso, devem limitar o tempo de uso de aparelhos eletrônicos e o acesso das crianças a redes de comunicação, monitorando a atividade das crianças (ALMEIDA *et al*., 2020).

Dessa forma evita-se a exposição dos filhos à internet, o acesso a conteúdo impróprio e a informações exageradas, podendo ser causadoras de pânico sobre o vírus. Ademais, os pais podem realizar encontros virtuais com os familiares e amigos das crianças, e devem proporcionar a elas um período de lazer. Sempre que possível, devem passar exemplos de virtudes, como solidariedade, generosidade, compaixão e honestidade, sendo fatores importantes para o desenvolvimento e educação das crianças (ALMEIDA *et al*., 2020).

## CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a pandemia foi um fator importante para o aumento do número de casos de depressão infantil. O distanciamento social e a interrupção das aulas desencadearam na permanência das crianças em casa e, consequentemente, a execução de práticas não-saudáveis como o uso abusivo de equipamentos eletrônicos e falta de convívio com a diversidade.

O diagnóstico da depressão infantil é um desafio a ser combatido, uma vez que é uma doença com sinais e sintomas inespecíficos, sua detecção é muitas vezes confundida com ansiedade, TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade) e alguns espectros do autismo, logo, é passada despercebida e só é realizada corretamente com o auxílio de um profissional capacitado.

O conhecimento dos fatores relacionados a pandemia está sendo construído e alterado a todo instante, uma vez que alguns aspectos são constantemente mutáveis, outros serão adotados permanentemente na situação pós-pandemia. Assim, o conhecimento adquirido sobre a saúde mental deve-se ser mantido e aprimorado. Em relação ao desenvolvimento sociocognitivo das crianças, a pandemia gerada pelo coronavírus trouxe um aprendizado realçando a importância da escola, não somente pelo desenvolvimento pedagógico, mas principalmente pelo seu papel no desenvolvimento emocional. Com o convívio com outras pessoas, independentemente da diferença da idade, a criança aprende conceitos como empatia, respeito, interação social e educação que são habilidades sociais importantes para que não ocorra o desenvolvimento da depressão.

Por fim, é de grande importância que esse assunto seja promovido pelas instituições de ensino, com o foco no âmbito familiar, porque o diálogo é uma peça importante para o combate precoce da depressão infantil. Já que a essa doença é um problema de saúde pública, há uma necessidade de mais estudos sobre o tema, para que assim possam ser criadas estratégias para o seu reconhecimento, e tratamento das crianças já afetadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, I.M.G. & SILVA JÚNIOR, A.A. The biopsychosocial impacts suffered by the child population during the COVID-19 pandemic. Research, Society and Development, v. 10, e54210212286, 2021.

ALMEIDA, R.S. *et al*. Pandemia de COVID-19: guia prático para promoção da saúde mental de crianças e adolescentes. Residência Pediátrica, v. 10, p. 1, 2020.

AYDOGDU, A.L.F. Saúde mental das crianças durante a pandemia causada pelo novo coronavírus: revisão integrativa. Journal Health NPEPS, v. 5, p. 4891, 2020.

CALDERARO, R.S.S. & CARVALHO, C.V. Depressão na infância: um estudo exploratório. Psicologia em Estudo, v. 10, p. 181, 2005.

HUTTEL, J. *et al*. A depressão infantil e suas formas de manifestação. Psicologia Argumento, v. 29, p. 11, 2017.

LINHARES, M.B.M. & ENUMO, S.R.F. Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. Estudos de Psicologia, v. 37, e200089, 2020.

LUIZ, A.R. Impactos da carência afetiva no desenvolvimento escolar: depressão infantil na sala de aula. 2017. f.53 Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Licenciatura em Pedagogia) - Universidade Federal Fluminense, Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior, Santo Antônio de Pádua, 2017.

MATA, I.R.S. *et al*. As implicações da pandemia da COVID-19 na saúde mental e no comportamento das crianças. Residência Pediátrica, v. 10, p. 1, 2020.

MIRANDA, D.M. *et al*. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? International Journal of Disaster Risk Reduction, v. 51, p. 101845, 2020.

ROLIM NETO, M.L. *et al*. Depressão infantil e desenvolvimento psicocognitivo: descrição das relações de causalidade. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano., v. 21, p. 894, 2011.

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.

# CAPÍTULO 27

# OS IMPACTOS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS DO CÂNCER DE MAMA E SEUS EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DA MULHER

*Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental; Neoplasias da Mama; Saúde da Mulher*

FERNANDA PIMENTA FERNANDES[1]
MARCELLA LOURENÇO WINTER[1]
AMANDA DUARTE BRETAS[1]
CHRISTIANE CARVALHO RIBEIRO[2]

1. Discente do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG).
2. Docente do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

## INTRODUÇÃO

As neoplasias são um grupo de patologias malignas caracterizadas pela multiplicação desordenada e mutante das células dos mais diversos tecidos do corpo, que podem originar tumores com a capacidade de invadir outros órgãos e originar as chamadas metástases. Esse grupo de doenças é considerado um dos mais relevantes para a medicina atual, devido à sua alta complexidade e taxa de mortalidade, além de graves consequências para o paciente (VIEIRA *et al*., 2020; SANTOS *et al*., 2020).

Um dos tipos de neoplasias mais comuns é o câncer de mama, que configura um dos diagnósticos mais impactantes na vida da mulher. Dos que acometem o sexo feminino, este é o mais prevalente, e representa 29% dos casos de câncer anual em mulheres no Brasil (CRIPPA *et al*., 2003; LOPES *et al.*, 2020). Essa doença apresenta implicações na vida da mulher, que vão desde o mal-estar físico até o sofrimento mental, podendo estar associada a traumas, além de sintomas depressivos e ansiosos.

Sendo assim, estima-se que 20% a 48% dos pacientes oncológicos apresentem sinais que contribuam para o diagnóstico de ansiedade e/ou de depressão (BANDEIRA *et al*., 2020). Considerando esse impacto do diagnóstico na psique da mulher, o Ministério da Saúde (1998) no Serviço de Suporte, por meio da Portaria nº 3.535, estabeleceu a obrigatoriedade do profissional da psicologia em todos os centros oncológicos, para oferecer o suporte psicoterapêutico necessário (CAMARGO *et al*., 2020), fato este que demonstra a importância da manutenção da saúde mental associada à descoberta e tratamento das neoplasias.

O sofrimento psíquico que acompanha este diagnóstico, muitas vezes, advém da associação do câncer com a perspectiva de morte, dor e incurabilidade. A paciente categoriza esse cenário como potencial ameaça a sua qualidade de vida, feminilidade, independência e invulnerabilidade (CAMARGO *et al*., 2020; BIRAL & MONTEIRO, 2018; EDWARD *et al.*, 2019). O câncer de mama afeta um órgão de grande simbologia para a feminilidade, sendo a mastectomia vista como uma desconstrução da identidade feminina e agregando ainda mais para as inseguranças e medos da paciente (LOPES *et al.*, 2020; ASHING *et al.*, 2018).

Diversos outros aspectos da jornada associada à neoplasia de mamas são válidos de serem citados e contribuem para a instabilidade emocional da mulher neste período, como, por exemplo, a condição financeira, a alopécia, a sexualidade e a família que são pontos de extrema importância para a construção da vida e identidade da paciente (LOPES *et al.*, 2020).

Em relação ao tratamento existem diversas alternativas para as neoplasias de mama, indicados com base no quadro clínico, histórico e resposta da paciente, sendo eles radioterapia, quimioterapia, abordagem cirúrgica (mastectomia total ou quadrantectomia), hormonioterapia, entre outros (LOPES *et al.*, 2020). Mesmo com o avanço nas pesquisas e nos tratamentos das neoplasias de mama, os recursos disponíveis ainda podem ser muito invasivos e ainda existem consideráveis danos psicossociais e iatrogênicos causados em decorrência do diagnóstico e de seus tratamentos, independente de qual estágio a doença seja descoberta (FERREIRA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, é evidente que este é um tema de extrema relevância na atualidade

considerando sua grande prevalência e seu impacto em todos os âmbitos da vida da mulher moderna. Portanto, o objetivo do estudo foi coletar as informações disponíveis sobre o assunto e condensá-las para uma melhor disseminação de informação, além de fomentar a busca por novos conhecimentos e estudos acerca do assunto.

## MÉTODO

A presente análise trata-se de um estudo do tipo revisão bibliográfica. A busca foi realizada nas bases de dados SciELO e PubMed, durante o período de janeiro a março de 2020 e com o recorte temporal de 2001 a 2020, verificando-se a grande evolução dos estudos dessa temática nos últimos anos. Foram utilizados os descritores "Assistência à Saúde Mental", "Neoplasias da Mama" e "Saúde da Mulher", de modo associado e isolado, nos idiomas inglês e português.

Dentro dessas buscas, encontrou-se 504 artigos. Destes, foram aplicados filtros restringindo a pesquisa para apenas os idiomas escolhidos, além de selecionar o recorte temporal. Ao levar em consideração o valor científico de cada trabalho selecionado, foram selecionados artigos e revisões para serem utilizadas na elaboração deste trabalho, excluindo relatos de caso, artigos comentados, editoriais entre outros, restando 432 artigos. Enfim, após a exclusão de achados duplicados, incompletos e de temas sem relação com o objetivo proposto, a busca restringiu-se a 35 obras estas quais foram lidas individualmente pelas pesquisadoras responsáveis pela elaboração deste capítulo.

Após a análise criteriosa sobre a qualidade metodológica e desenvolvimento científico dos artigos restantes e a avaliação destes pela orientadora, foram selecionados 15 artigos, que foram incluídos nesta revisão. Os artigos finais possuem os descritores incluídos no tema e/ou resumo e foram selecionados através dos critérios acima citados e por melhor se enquadrar no objetivo proposto pelas pesquisadoras.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico do câncer de mama abrange aspectos que contribuem para a fragilidade emocional da mulher e que envolvem dificuldades de aceitação da doença e grande incerteza acerca do tratamento e seu prognóstico (BERGAMASCO & ANGELO, 2001). Dentre esses pontos, destacam-se o medo em relação à morte, a diminuição da autoestima devido às alterações físicas como alopécia e mastectomia, a ansiedade, a diminuição da libido e infertilidade, fatores que são associados à construção da identidade feminina e da mulher forte frente ao câncer (VIEIRA *et al.*, 2020; FERREIRA *et al.*, 2019; BIRAL & MONTEIRO, 2018).

Distúrbios psicoafetivos e outras doenças mentais que afetam o humor são, muitas vezes, não diagnosticados, podendo passar despercebidos após um diagnóstico de câncer. Nestes casos, as doenças psiquiátricas possuem, quando subdiagnosticadas, um potencial de influenciar no tratamento e na mortalidade da doença, devido às mudanças químicas e fisiológicas resultantes dessas condições (DANTAS & SILVA, 2020). Estudos mostram que os sintomas depressivos, como pensamentos negativos, sentimento de culpa e inutilidade, perda de energia e interesse por atividades rotineiras, perda de apetite e de perda de interesse sexual são presentes em cerca de 76% dos pacientes com câncer (CVETKOVIC & NENADOVIC, 2016).

Ademais, a depressão pode causar prejuízos na cognição, regulação emocional, coordenação motora, memória e também motivação, podendo levar à incapacidade grave, além do que pacientes deprimidos são mais propícios a não seguir as orientações e tratamentos médicos de maneira adequada (DANTAS & SILVA, 2020).

Outro fator muito impactante na saúde emocional da paciente com câncer de mama é a instabilidade financeira, seja pelos altos gastos com o processo, seja pela redução da carga horária no trabalho. Essas dificuldades podem afetar o relacionamento familiar e ocasionar uma apreensão em perder o parceiro e em enfraquecer os demais laços. Dessa forma, há uma um medo das pacientes de deixarem o seu papel como "provedoras" na família ao assumirem a doença e aceitarem a sua condição de fragilidade (LOPES *et al.*, 2020).

A sexualidade feminina também é abalada com o enfrentamento da neoplasia da mama. Pacientes relatam um declínio na sua atividade sexual, devido a perda de atributos da sua feminilidade, como os seios e o cabelo, e devido às alterações fisiológicas decorrentes dos medicamentos. Sabe-se que a terapêutica pode afetar o interesse sexual, a excitação e o relaxamento muscular durante a relação. Desse modo, alguns casais passam por momentos de angústia e ansiedade o que pode levar a uma má comunicação nesse momento tão importante ou até mesmo separações, abalando significativamente a vida afetiva e sexual da mulher. Contudo, muitos relacionamentos conseguem superar esses obstáculos, tornando o companheirismo ainda mais forte, mas não relevando as conturbações e o estresse que este momento gera na relação (LOPES *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2020).

Somado a toda essa questão relacionamento-afetiva, o efeito adverso de infertilidade decorrente dos tratamentos oncológicos também possui seu peso no emocional para as pacientes e seus parceiros. Ainda, que algumas pacientes aleguem que ter filhos não está nos seus planos, cabe ao profissional certificar se há algum desejo de uma futura gravidez durante todo o tratamento, uma vez que a perda do poder de escolha possui muito peso na vida de uma mulher e de seu parceiro (LOPES *et al.*, 2020).

Outro ponto de dificuldade envolve a aceitação da paciente frente à descoberta do câncer, sendo comum nesta fase a negação e a revolta contra a equipe médica, além do ceticismo relacionado à credibilidade dos resultados médicos, a culpabilização e até a desesperança. Frente a isso, é essencial o entendimento desse comportamento como crucial para o amadurecimento da paciente, algo que muitas vezes não acontece devido à necessidade de intervenção imediata frente a uma patologia tão agressiva e preocupante. Comumente os profissionais da saúde estão muito focados na doença em si e acabam relevando os aspectos psicológicos e o momento de sofrimento que a paciente está vivenciando, seja por ser algo tão corriqueiro em seu dia a dia ou até mesmo pelo desconhecimento da importância desses fatores (FERREIRA *et al.*, 2019; GODINHO & ARRUDA, 2018).

Considerando a singularidade do momento, evidencia-se o impacto do diagnóstico na psique da mulher. Dentre os desafios encontrados, muitos se relacionam às terapêuticas atuais, que envolvem técnicas cirúrgicas e não cirúrgicas (LOPES *et al.*, 2020). Esses tratamentos possuem importantes efeitos colaterais, como a perda da mama e a infertilidade, que impactam

diretamente na autoestima da paciente e na formação da sua identidade singular e maternal, respectivamente. Além de outras adversidades como a menopausa induzida, redução da excitação e da lubrificação vaginal e a dispareunia (VIEIRA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020).

Tendo isso em vista, existem diversas opções para a terapêutica, indicadas de maneira personalizada de acordo com quadro clínico e as preferências singulares da paciente, como radioterapia, quimioterapia, tratamento cirúrgico (mastectomia total ou quadrantectomia), hormonioterapia e entre outros (LOPES *et al.*, 2020). O tratamento quimio e radioterápico, devido às altas doses de medicamentos e de radiação, configura-se como fonte de dor, estresse e diminuição da autoestima. Como consequência dessas abordagens a paciente pode ter perda de cabelo, alteração da coloração de fâneros, perda de peso e outros componentes que interferem diretamente na percepção da imagem corporal e na aparência física. Além disso, existe o constante mal-estar e fraqueza, configurando ainda mais a imagem de incapacidade e fragilidade adotada pela paciente durante esse processo (VIEIRA *et al.*, 2020).

Já os procedimentos cirúrgicos mostram grandes benefícios quanto à redução da incidência e a melhora da expectativa de vida, por isso são os mais utilizados. A técnica utilizada contempla uma abordagem conservadora, onde é retirada apenas parte da glândula mamária acometida pelo tumor, ou a retirada total da mama, a mastectomia. Esse último procedimento, é encarado, por muitas pacientes, como uma mutilação das mamas, exercendo grande influência no psicológico feminino, devido à sensação da mulher de ser menos atraente, gerando infelicidade com a sua imagem corporal (VIEIRA *et al.*, 2020).

Tendo em vista a susceptibilidade e a fragilidade das pacientes acometidas pelo câncer de mama, estratégias vêm sendo adotadas a fim de amenizar o estresse do momento. A assistência humanizada à paciente e a boa relação da equipe de enfermagem com a família mostraram-se importantes para o restabelecimento dessa paciente e confronto da doença (BANDEIRA *et al.*, 2020). O suporte do núcleo familiar, seja ele consanguíneo ou não, será capaz de acolher o sofrimento da paciente, além de prestar auxílio diário, de modo que os pensamentos em torno da deterioração da autoimagem, a perda das expectativas e a mudança de perspectiva sobre a existência, sejam encarados da forma menos dolorosa possível. Os benefícios do apoio familiar incluem maior aderência ao tratamento, maior motivação para enfrentar o processo, menor sentimento de solidão ou desamparo e maiores chances de obter um desfecho favorável (GODINHO & ARRUDA, 2018; BIRAL & MONTEIRO, 2018).

Além disso, um acompanhamento psicológico especializado e direcionado, para a paciente e seus familiares, pode intensificar o vínculo de confiança entre estes, além de aumentar o otimismo e melhorar o bem-estar geral (GODINHO & ARRUDA, 2018; LEUNG *et al.*, 2015). Amizades com outras mulheres que possuem mesmo diagnóstico e enfrentam as mesmas dificuldades são, geralmente, muito benéficas, tendo em vista que ambas estão passando por momentos semelhantes. Atividades e dinâmicas na sala de espera também são estratégias que podem ajudar a promover esse contato entre as mulheres ali presentes (LOPES *et al.*, 2020).

## CONCLUSÃO

Nesse sentido, o manejo atual do câncer de mama envolve diversos desafios não só ligados à terapêutica, mas que também envolvem a saúde mental da mulher devido às mudanças drásticas em todos os âmbitos de sua vida.

É muito importante ressaltar a relevância do apoio familiar, do parceiro, do ciclo social da paciente e da equipe médica envolvida no manejo e tratamento desta doença quando abordado o tema saúde mental. A compreensão deste momento como um período de fragilidade emocional, além do reconhecimento das possíveis inseguranças que a mulher possa ter e de seu impacto no desenvolvimento de distúrbios como depressão e ansiedade é essencial para garantir à paciente o melhor resultado e qualidade de vida após o tratamento.

Dessa forma, esse estudo configura-se essencial para a disseminação de informação quanto a esse aspecto tão importante do câncer de mama, tendo em vista que a saúde mental das pacientes, muitas vezes, não é tão levada em consideração frente a uma patologia tão complexa quanto esta. Sendo assim, este trabalho servirá de fomento para ressaltar a importância e a necessidade de estudos voltados para o tema, de forma a motivar os profissionais e os serviços de saúde a trabalharem de forma multidisciplinar visando a manutenção da saúde mental das pacientes oncológicas e a prevenção do desenvolvimento destes distúrbios psicológicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASHING, K.T. *et al*. Health-related quality of life and care satisfaction outcomes: Informing psychosocial oncology care among Latina and African-American young breast cancer survivors. Psycho-Oncology, v. 27, p. 1213, 2018.

BANDEIRA, L.L.M. *et al*. Estratégias de promoção de saúde mental à pacientes oncológicos: revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 9, e188996597, 15 ago. 2020.

BERGAMASCO, R.B. & ANGELO, M. Câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 47, p. 277, 2001.

BIRAL, P.R. & MONTEIRO, C.F.B. Práticas do profissional psicólogo no atendimento à mulheres com câncer de mama no sus: discussões sobre a integralidade no cuidado. Revista Uningá, v. 55, p. 64, 2018.

CAMARGO, M.J. *et al*. Mulheres diagnosticadas com câncer de mama: impacto do crescimento pós-traumático. Mudanças - Psicologia da Saúde, v. 28, p. 17, 2020.

CRIPPA, C.G. *et al*. Perfil Clínico e Epidemiológico do Câncer de Mama em Mulheres Jovens. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 32, p. 50, 2003.

CVETKOVIC, J. & NENADOVIC, M. Depression in breast cancer patients. Psychiatry Research, v. 240, p. 343, 2016.

DANTAS, T.A. & SILVA, L.P.B.G. Câncer de mama: aspectos psicobiológicos e suas interações. Journal of Medicine and Health Promotion, v. 5, p. 1, 2020.

EDWARD, K. *et al*. Quality of life and personal resilience in the first two years after breast cancer diagnosis: systematic integrative review. British Journal of Nursing, v. 28, p. S4, 2019.

FERREIRA, M.B.L.S. *et al*. Variáveis psicológicas associadas ao crescimento pós-traumático após a vivência do câncer de mama: uma revisão sistemática. HU Revista, v. 45, p. 304, 2019.

GODINHO, V.R.T. & ARRUDA, A.L. A influência do suporte familiar no processo de recuperação de mulheres com câncer de mama. Revista FAROL, v. 7, p. 5, 2018.

LEUNG, J. *et al*. Psychological distress, optimism and general health in breast cancer survivors: a data linkage study using the Scottish Health Survey. Supportive Care in Cancer, v. 24, p. 1755, 2015.

LOPES, A.P. *et al* Sofrimento psíquico vivenciado por mulheres diante do diagnóstico de câncer de mama: uma revisão bibliográfica reflexiva. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 52, e3556, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html. Acesso em: 5 mar. 2021.

SANTOS, C.B.O. *et al*. A sexualidade da mulher acometida com o câncer de mama. Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas, v. 4, p. 15, 2020.

VIEIRA, A.A. *et al*. Qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama: estudo transversal. Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação, v. 1, p. 35, 2020.

# CAPÍTULO 28

# A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS VÍTIMAS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

*Palavras-chave: Suicídio; Cuidados de Enfermagem; Profissionais de Saúde*

THAYANE SANTOS SIQUEIRA[1]
ANDRIELLY KÉSIA SANTOS DIAS[2]
ARIEL OLIVEIRA CELESTINO[3]
MARIANA DO ROSÁRIO SOUZA[3]
ALEXRANGEL HENRIQUE CRUZ SANTOS[1]
BEATRIZ ALMEIDA SANTOS[4]
ÍTALO FERNANDO LISBOA DE MELO[1]
LUCIENE BARBOSA[5]
CINDY MENEZES SILVA[1]
DÉBORAH DANIELLY TERTULIANO MARINHO[6]

1. Mestre – em Biologia Parasitária pela Universidade Federal de Sergipe.
2. Discente – Residência em Saúde da Família pela Universidade Federal de Sergipe.
3. Doutoranda do Programa de pós graduação em Ciências da Saúde- Universidade Federal de Sergipe.
4. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe.
5. Docente do Departamento de Morfologia da Universidade Federal de Sergipe.
6. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

## INTRODUÇÃO

O suicídio pode ser definido como o ato de causar cessação consciente da própria vida. O comportamento suicida por sua vez, são ações constituídas pela ideação (planejar os passos), tentativa (realizar o ato obtendo a falha), e pelo suicídio (desfecho). Essas ações podem estar relacionadas aos seguintes fatores de risco: biológicos (incluindo genética), psicológicos (como certos traços de personalidade), clínicos (como doenças psiquiátricas comórbidas), sociais e ambientais (SILVA *et al.*, 2017; GVION & LEVI-BELZ, 2018). Segundo Sehnem e Polosqui (2014) as taxas de suicídios entre homens e mulheres vêm aumentando gradativamente e nem sempre se consegue compreender os reais motivos. Isso transforma o suicídio em um problema social relevante, devido às consequências psicológicas e físicas causadas à pessoa que o comete, aos familiares, e pessoas próximas ao suicida (HILL *et al.*, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as taxas de suicídio cresceram significativamente nos últimos 45 anos, chegando a um total de 60%. A maior parte desse aumento ocorreu na faixa etária mais jovem da população, entre 15 e 29 (SIMÕES *et al.*, 2018). O Brasil, comparado a outros países, apresenta uma taxa de suicídio baixa em números relativos sendo, representada por 5,8 a cada 100 mil habitantes. Apesar disso, ele se encontra entre os dez países com maior número de mortes por essa causa (BOTEGA, 2014; MACHADO & SANTOS, 2015).

De acordo com dados coletados no DATASUS, através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), do período de janeiro de 2014 até janeiro de 2016 em Sergipe, houve 79 internações que se enquadram como causas externas. Estas são catalogadas pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como lesões autoprovocadas voluntariamente. Destes 79 pacientes, anteriormente citados, 25% foram atendidos no Hospital Regional de Lagarto, o que ressalta a relevância para estudos dessa temática nessa localidade (BRASIL, 2017).

A avaliação do comportamento suicida continua sendo um desafio para os profissionais de saúde e, geralmente, ela é mais importante do que a compreensão da sua causa. O profissional enfermeiro, atuante no serviço de saúde, deve estar qualificado e preparado para identificar as características do paciente vítima de suicídio, abstendo-se das atitudes julgadoras, pois essas podem influenciar no aumento ou diminuição da reincidência das tentativas (PROBERT-LINDSTROM *et al.*, 2020). Visto que, segundo Fontão *et al.* (2018) após a primeira tentativa, o risco de nova tentativa aumenta em até cem vezes e, proporcionalmente, também o número de tentativas em um intervalo de tempo.

Vale ressaltar, que existem poucos estudos na literatura que abordem o suicídio em convergência com a percepção do enfermeiro frente a assistência prestada a esse público, limitando assim, possibilidades de melhorias no atendimento prestado a esses pacientes.

Diante do exposto, a pesquisa teve como objetivo compreender a visão do enfermeiro sobre a assistência hospitalar prestada à pacientes que cometeram tentativa de suicídio e consequentemente verificar se existe a real necessidade de melhorar a formação desses profissionais envolvidos no cuidado à pacientes suicidas

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com caráter descritivo e exploratório. Desenvolvida Hospital Regional de Lagarto Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro, situado na cidade de Lagarto, no agreste do estado de Sergipe. A mesma foi feita durante o mês de janeiro de 2017. Trabalhavam no hospital cerca de 45 enfermeiros, a coleta de dados foi realizada com apenas 15, que se situavam nos setores da área vermelha e amarela, unidade de terapia intensiva e clínica médica. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos na pesquisa restaram apenas 10 (FERREIRA & PEREIRA, 2014).

Dentre os critérios de inclusão foram considerados na pesquisa enfermeiros que trabalharam há no mínimo um ano na instituição, e em ao menos um dos setores a seguir: classificação de risco, clínica médica, amarela, vermelha e na Unidade de Terapia Intensiva. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que nunca prestaram assistência às vítimas de tentativa de suicídio. Como também, os enfermeiros que não manifestaram interesse de participar da mesma.

A obtenção dos dados coletados foi feita através da entrevista semiestruturada, embasada em um roteiro com 8 questões abertas. As mesmas nortearam a discussão acerca das seguintes temáticas: percepção dos enfermeiros sobre a qualidade da assistência hospitalar prestada à pacientes que cometeram tentativa de suicídio; a atuação da equipe multidisciplinar na assistência a pacientes suicidas; a visão do enfermeiro sobre as possíveis abordagens no ambiente hospitalar para diminuir a recorrência das tentativas de suicídio.

As entrevistas foram gravadas em áudio-tape e posteriormente transcritas na íntegra, garantido o anonimato dos enfermeiros entrevistados através da codificação dos sujeitos por meio de letras e números. A coleta de dados foi realizada em uma sala reservada na instituição hospitalar com o intuito de minimizar o risco de constrangimentos dos entrevistados. A entrevista somente realizou-se após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

A técnica utilizada para interpretar os dados coletados foi a Análise de Conteúdo de Bardin. Tal procedimento permite validar dados de um determinado contexto por meio de medidas especializadas e científicas. A análise de conteúdo é caracterizada por etapas sequenciais de interpretação. Inicia-se pela pré-análise, no qual o pesquisador se adapta ao material coletado através de uma leitura flutuante. Posteriormente, será realizada a codificação dos dados, que se caracteriza pela transformação do conteúdo em forma de texto para facilitar a representação dos dados, este pode ser realizado através de enumeração, agregação e recorte (FERREIRA & PEREIRA, 2014; BARDIN, 2011).

Finalizada a codificação, o próximo passo foi à categorização que classifica os diferentes elementos dos materiais coletados para posteriormente agrupá-los. Por fim, a inferência etapa constituída de informações para comparar e discutir o que foi encontrado na população pesquisada e o que já existe na literatura (FERREIRA & PEREIRA, 2014; BARDIN, 2011).

Seguindo os preceitos éticos, este estudo respeitou a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Seu desenvolvimento foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal

de Sergipe, sob o nº 1.874.101. Além disso, foi lido e fornecido ao participante da pesquisa o TCLE. O sigilo dos participantes do estudo foi preservado pela codificação alfanumérica dos entrevistados, conforme o exemplo: E1, E2 (enfermeiros).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 10 enfermeiros, sendo 9 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Com relação à idade dos mesmos, houve uma variação entre 26 e 50 anos. Quanto ao tempo de trabalho na instituição hospitalar, a maior parte dos entrevistados relataram trabalhar entre 2 a 6 anos no local. Dentre os 10 entrevistados, 9 possuíam alguma especialização nas áreas de Urgência e Emergência, Saúde do Trabalhador, Obstetrícia e em Unidade de Terapia Intensiva.

Para a avaliação da categoria temática Percepção dos enfermeiros sobre a qualidade da assistência hospitalar prestada à pacientes que cometeram tentativa de suicídio, utilizamos os seguintes questionamentos:

### I. A equipe multidisciplinar é capacitada para este tipo de atendimento?

> Não. A equipe multidisciplinar não é capacitada pra esse tipo de atendimento, nós somos capacitados pra o que der e vier. Porém, o que der e vier pra gente são pessoas que precisam de ajuda por causa de alguma doença, de alguma patologia que venha ter acometido aquela pessoa e que a gente possa resolver [...] Esses tipos de pessoas não precisam só de medicamentos, eles precisam de palavras, eles precisam de conforto, de sentir emoção e isso a gente não tá preparado. (E8)

> Então, trazendo agora na pesquisa, acaba despertando que falta mais a parte psicológica, uma vez que esse paciente vai com certeza retornar com a mesma tentativa. Mas, por se tratar sempre de emergência, o cuidado é o mesmo, as medicações, acesso venoso, então, acredito que em pronto socorro estamos sim capacitados, poderia melhorar. (E10)

As falas dos profissionais entrevistados, em sua maioria, revela um déficit de treinamento e capacitação, o que consequentemente leva a insegurança para prestar assistência direcionada a esses pacientes. Muitos dos profissionais atuam apenas nos cuidados emergenciais com o intuito de salvar a vida do indivíduo, esquecendo que, o acolhimento à pessoa que tentou suicídio e aos familiares embasam a integralidade das ações em saúde.

Os enfermeiros salientam a importância de uma abordagem que ultrapasse os cuidados técnicos, com ênfase nos cuidados psicológicos e subjetivos de cada indivíduo, visto que, existe uma consciência por parte da equipe que novas tentativas de suicídio podem ser frequentes.

Quando há uma necessidade de maior permanência do paciente no ambiente hospitalar e melhor acompanhamento deste, a equipe tem dificuldades em lidar com esse tipo de demanda, que requer uma atenção humanizada e interdisciplinar, gerando muitas vezes rejeição por parte da equipe para com aquele indivíduo. A indiferença por parte dos profissionais com esse tipo de demanda é notória nas falas subsequentes, a equipe não consegue lidar com o sofrimento psíquico, tornando o atendimento mecanicista e movido por preconceitos e estereótipos. Algumas falas expressam essa percepção:

> Um paciente que incomoda muito, chamando toda hora, sente muita dor, medo, [...], eles ficam carentes de tudo, com medo de tudo, medo da morte, toda hora eles ficam solicitando, chamando, aí a equipe não gosta muito, a realidade é essa né, ninguém quer ser chamado toda hora, toda hora. (E3)

Dentro do hospital eu acho que fica muito fechado na busca dessa habilidade da humanização, de ter esse olhar humanizado pra o paciente que alguma forma buscou isso pra poder tirar seu sofrimento. Na pratica eu vejo boa vontade, mas capacitação técnica, científica, eu ainda acho que é muito escassa, bem escassa, então assim, tem a boa vontade, mas o olhar é muito pessoal, não profissional. (E5)

[...] incomoda, até porque foi ele que tentou suicídio, ele que buscou, aí fica a questão, por que fez isso? Se quisesse viver não fazia isso [...]. (E3)

Eu acho que deveríamos ter uma capacitação tanto para atuar em pacientes vítimas de tentativa de suicídio, quanto a humanização em relação a qualquer outro paciente. (E3)

**II. Quando os pacientes já estão estáveis, você consegue e/ou se sente preparado para realizar aconselhamento?**

Não me sinto totalmente preparada pra realizar um aconselhamento não, porque a gente teve poucas aulas de psicologia na faculdade pra poder preparar a gente frente a isso[...]a gente pode conversar de maneira superficial, a gente não sabe até que ponto toca nele, a parte que encoraja ou a parte que a gente está o prejudicando ou martirizando, ou magoando, então fica difícil a gente conversar. (E8)

A gente tenta fazer um aconselhamento, mas preparada acredito que nós não estamos. Mas, tentamos conversar, orientar que não vale a pena, né? E que existem outras formas de resolver o problema sem ser tirando a própria vida. (E4)

A gente até tenta, isso já aconteceu, começa a tentar buscar uma forma de valorização, seja ela por que estuda, por que tem alguma expectativa como mãe, mas em si, passa desapercebida, a maioria das vezes a gente termina dando cuidados. Mas a gente sabe que é o paciente que vai ter outras tentativas e acaba acontecendo o óbito. (E10)

[...] na medida do possível a gente tenta aconselhar, claro que não é o suficiente para esse paciente. Esse paciente vai precisar depois de um acompanhamento com um profissional da área mais aguçado que realmente compreenda o que fez ele cometer isso e tentar ajudar juntamente com os familiares. (E7)

No discorrer das opiniões sobre medidas tomadas para tentar diminuir as possíveis e subsequentes tentativas de suicídio, que é um dos principais fatores de risco para ocorrer o suicídio consumado, foi observado mais uma lacuna quanto à qualidade assistencial. Foi mencionada a falha na preparação do profissional desde a faculdade, por não serem ofertadas disciplinas específicas para atuar futuramente frente a pacientes com algum tipo de transtorno ou desequilíbrio mental.

A partir dos trechos citados, pode-se observar as dificuldades encontradas e despreparo dos profissionais de saúde quanto ao aconselhamento direcionado ao indivíduo que tenta suicídio e necessita de cuidados especiais. Outro ponto supracitado, é a falta de preparação durante a graduação, com poucas disciplinas direcionadas para saúde mental, por isso, a equipe acredita que o respaldo psicológico deve partir de outras áreas como a psicologia.

Para a discussão da categoria temática da visão do enfermeiro sobre as possíveis abordagens no ambiente hospitalar para diminuir a recorrência das tentativas de suicídio foi feita a seguinte pergunta:

**I. Existe algum plano de cuidados e encaminhamentos para pacientes pós-alta hospitalar com o intuito de diminuir recorrências de tentativas de suicídio? Que sugestões você daria para a melhoria desse trabalho?**

Aqui não existe, temos psicóloga, acho que 2 a 3 vezes por semana que ela vem fazer atendimento na amarela e na vermelha [...] Gostaríamos, tanto que o pessoal da vermelha quanto da amarela implantasse algum cuidado com relação a esses pacientes, tipo um psicólogo sempre aqui, certo, e um acompanhamento em casa, aí teria que ser uma junção do hospital com a prefeitura, os postos de saúde, PSF. (E3)

> Dentro do hospital se tem algum plano implantado foge a meu conhecimento [...] mas eu converso com a família, peço que a família procure a estratégia de saúde da família, procure saber se tem um NASF dentro do município da área, se tem CAPS [...] eu acho que a rede é muito fragilizada, a rede que faz elo saúde hospitalar com a saúde da atenção básica né? A saúde primária e saúde secundária, ela tem essa rede no papel mas, na prática eu acho que ela é falha, ela tá quebrada e treinamento que sempre é bom. (E5)

> [...] eu desconheço [...] hoje a gente tem um psicólogo na instituição, ele deveria ser acionado para que ela tentasse entrar em contato com a Unidade Básica mais próxima desse paciente para que ele fosse encaminhado para um tratamento, pra um acompanhamento, saindo daqui com acompanhamento e com um relatório do psicólogo também. E quem sabe um feedback da referência para unidade básica de saúde dele adstrita onde ele está cadastrado. (E7)

A partir desse questionamento, observou-se também a falha da continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar. Há uma lacuna que dificulta a referência e contrarreferência desses pacientes para posterior cuidados específicos em centros especializados. Os profissionais ratificam a importância da rede de atenção à saúde integrada, entretanto, enfatiza que ela não funciona na prática. A fragmentação no cuidado é um fator colaborativo para novas tentativas de suicídio.

Os profissionais têm consciência da necessidade do cuidado humano, no entanto, o cuidado técnico impera em alguns setores dentro do hospital como nos serviços de urgência e emergência (REISDORFER *et al.*, 2015). Em suma, alguns dizem ter dificuldade em lidar com situações específicas da área da saúde mental, consequentemente, esse fato gera sentimento de impotência, culpa e frustação diante da dificuldade de prestar assistência para esses pacientes.

Esse conflito interno, reafirma a necessidade do profissional ser capacitado para atuar em situações nas quais o cuidado humanizado reflete, consideravelmente, no desfecho desses indivíduos (STORINO *et al.*, 2018).

A política Nacional de humanização enfatiza que, o ensino torna-se um aliado nas mudanças que devem ocorrer com os profissionais de saúde, onde a formação acontece via educação permanente, levando a ruptura do ensino de graduação em saúde pautado em procedimentos técnicos e de evolução dos quadros clínicos para um território onde a “educação em ato” ocorre através de práticas cuidadoras, centradas no diálogo com o usuário e equipe (BARBOSA *et al.*, 2013).

O profissional de saúde tem se deparado cada vez mais com pacientes que tentam contra sua própria vida e muitos não se sentem preparados para a realização de uma assistência humanizada. Em diversas situações, dentro da rede de atenção à saúde, os transtornos mentais não são considerados como doença pela equipe de saúde, os pacientes não são levados a sério, sendo frequentemente objetos de comentários desagradáveis (VIDAL & GONTIJO, 2013). Por isso, o suicídio apresenta características multifacetadas, sendo um evento que deve ser enfrentado por meio de iniciativas interdisciplinares e intersetoriais que englobem as áreas da saúde, e políticas que envolvam os macrodeterminantes.

Segundo Fontão *et al.* (2018) alguns profissionais enxergam a tentativa de suicídio como uma forma de chamar atenção da família ou de pessoas próximas. A escuta qualificado é o primeiro passo para um ambiente de cuidado seguro e favorável para a recuperação desses indivíduos, discursos

preconceituosos e com tendências ao julgamento, acabam dificultando o processo de recuperação e sendo muitas vezes os percussores de novas tentativas.

É perceptível nos relatos que ainda existe preconceito, incompreensão e descaso no atendimento. Por outro lado, existe também a preocupação de promover o vínculo, um trabalho holístico, todavia, os profissionais enfrentam diversos desafios ligados às condições de trabalho a que estão submetidos, tais como: desvalorização, precarização e baixo investimento em educação permanente, um modelo de gestão centralizado e verticalizado (FITZ GERALD & HURST, 2017).

A partir dos trechos citados, pode-se observar as dificuldades encontradas e despreparo dos profissionais de saúde quanto ao aconselhamento direcionado ao indivíduo que tenta suicídio e necessita de cuidados especiais. Esses pacientes, após a tentativa encontram-se fragilizados, alguns demonstram insatisfação por não terem alcançado o ato desejado, já os seus familiares encontram-se assustados com o fato, preocupados com o estado de saúde do paciente e em alerta para o que possa ocorrer (PEITER *et al*., 2018). Tendo em vista essa demanda, é necessário que a equipe esteja qualificada para melhor identificar e compreender o paciente e sua família como um todo, adotando medidas assistenciais pertinentes à situação e estabelecer, assim, uma linha de cuidado singular, visando à superação do enfoque no modelo biomédico tecnicista (FUKUMITSU, 2014).

A qualidade na escuta ativa por parte do profissional tem demonstrado influências positivas na aceitação e continuidade do tratamento dos pacientes que tentam suicídio. O modo como o paciente é recebido e a atenção que a equipe consegue fornecer abre espaços para compreender as particularidades, o ouvir reflexivo, pode ser resolutivo para as próximas etapas do tratamento (FERREIRA & PEREIRA, 2014).

Em 2005, o Ministério da Saúde montou um grupo de trabalho representado por membros do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades para elaborar um plano nacional de prevenção do suicídio. Dentre as diretrizes que orientam este plano buscam promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Estratégia de Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (STORINO *et al*., 2018). Os profissionais de saúde desconhecem a criação desse planejamento voltado para melhor manejo dos pacientes que cometem suicídio, assim como, não receberam nenhum treinamento ou capacitação na instituição hospitalar, demostrando assim fragilidades para a execução desse plano na prática (PEITER *et al*., 2018).

Como evidenciado na fala dos enfermeiros os pacientes são liberados da instituição hospitalar sem algum encaminhamento ou plano de cuidados o que contribui significativamente para a recorrência das tentativas, apenas são dadas algumas orientações pontuais por parte dos profissionais (BOTEGA, 2014; MACHADO & SANTOS, 2015). A integralidade é um princípio do sistema único de saúde que deve ser respeitado para que o cuidado do paciente seja completo dentro da rede de atenção à saúde. No entanto, existe um fracionamento desse cuidado quando o sistema de referência e contra referência não atua de maneira

adequada. A intervenção precoce é vital, principalmente nos primeiros meses que é o período de maior risco para novas tentativas. Cabe à atenção atuar como ordenadora desse cuidado, direcionando o fluxo de atendimento nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde.

É de relevância para o sistema de saúde estimular os profissionais a preencherem de maneira adequada as fichas de atendimento hospitalares, como a Sistema de Internação hospitalar (SIH), com a finalidade de alimentar o Sistema de Informação de agravos de notificação (SINAN). A obtenção dessas informações pode fornecer suporte para um melhor planejamento e avaliação das ações realizadas permitindo a continuidade da assistência à vítima de tentativa de suicídio no ambiente hospitalar (FITZ GERALD & HURST, 2017).

A interlocução da equipe de saúde do hospital com os demais serviços da rede de atenção em saúde pode se constituir em uma estratégia para a construção de um plano de cuidados intersetorial direcionado às pessoas com risco ou que tentaram suicídio no pós alta hospitalar. Sendo que, a articulação dos profissionais dos diferentes serviços contribui para o desenvolvimento de práticas de cuidado integrais a esses pacientes, visando diminuir as recorrências das tentativas (FUKUMITSU, 2014).

As limitações deste estudo se relacionam ao número de profissionais envolvidos, bem como o local em que o estudo foi realizado, um hospital regional de Sergipe, podendo não representar a realidade ampliada sobre a percepção do enfermeiro frente à assistência prestada às vítimas de tentativa de suicídio. Apesar das limitações citadas, ressalta-se a importância da pesquisa para o momento atual, com o aumento acentuado dos transtornos mentais e das tentativas de suicídio tanto na população geral, quanto nos profissionais de saúde. Dada à relevância do tema, os resultados apresentados poderão ser utilizados e citados por outros autores.

## CONCLUSÃO

O presente estudo demostrou a fragilidade na assistência a pacientes que cometeram tentativa de suicídio, a comunicação terapêutica e a humanização são aspectos que devem ser levados em consideração nesse grupo especifico, para que haja um melhor manejo dos mesmos com o intuito de diminuir as taxas de mortalidade.

A capacitação da equipe multiprofissional é primordial para a prestação de uma assistência qualificada para este tipo de paciente, entretanto, como discutido nesse estudo a equipe não está preparada adequadamente para atender pacientes que tentam o suicídio, o que pode gerar opiniões desfavoráveis, reações negativa e de intolerância. A criação de protocolos pode fornecer maior embasamento teórico e prático para profissionais da saúde, contribuindo para o aumento da capacidade de atuação e confiança junto a esses pacientes. Como visto nas falas dos profissionais existe uma falha no sistema de referência e contra referência da rede, o que contribui para que esse paciente fique sem um acompanhamento adequado e volte a cometer novas tentativas.

Com base na pesquisa feita, destaca-se a relevância do tema e a necessidade de realização de novos estudos na área do atendimento integral a pacientes que cometem tentativa de suicídio, para o fornecimento de maior embasamento às ações dos profissionais na abordagem aos pacientes que tentaram suicídio e que apresentam risco para o mesmo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, G.C. *et al*. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, p. 123, 2013.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo (SP): Persona; 2011. 229p.

BOTEGA, N.J. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP, v. 25, p. 231, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Departamento de Atenção Básica: Brasília, 2017. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/fiSE.def. Acesso em: 3 ago. 2017.

FERREIRA, V.N. & PEREIRA, I.D.F. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Journal of Management and Primary Health Care, v. 5, p. 258, 2014.

FITZ GERALD, C. & HURST, S. Viés implícito em profissionais de saúde: uma revisão sistemática. BMC Medical Ethics, v. 18, p. 19, 2017.

FONTÃO, M.C. *et al*. Cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 2199, 2018.

FUKUMITSU, K.O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. Psicologia USP. v. 25, p. 270, 2014.

GVION, Y. & LEVI-BELZ, Y. Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. Front Psychiatry, v. 9, p. 1, 2018.

HILL, N.T.M. *et al*. Association of suicidal behavior with exposure to suicide and suicide attempt: A systematic review and multilevel meta-analysis. PLoS Medicine, v. 17, e1003074. 2020.

MACHADO, D.B. & SANTOS, D.N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 64, p. 45, 2015.

PEITER, C.C. *et al*. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. Escola Anna Nery, v. 23, e20180214. 2017.

PROBERT-LINDSTROM, S, *et al*. Long-term risk factors for suicide in suicide attempters examined at a medical emergency in patient unit: results from a 32-year follow-up study. BMJ Open, v. 10, e038794, 2020.

REISDORFER, N. *et al*. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. Revista de Enfermagem UFSM, v. 5, p. 295, 2015.

SEHNEM, S.B. & POLOSQUI, V. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. Fractal: Revista de Psicologia, v. 26, p. 365, 2014.

SILVA, N.K.N. *et al*. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga, v. 13, p. 71, 2017.

SIMÕES, R. *et al*. As representações sociais do suicídio em adolescentes: Scoping review. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, p. 54, 2020.

STORINO, B.D. *et al*. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. Cadernos de Saúde Coletiva, v. 26, p. 369, 2018.

VIDAL, C.E.L. & GONTIJO, E.D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. Cadernos de Saúde Coletiva, v. 21, p. 108, 2013.

# CAPÍTULO 29

# A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL, DIANTE A PANDEMIA DA COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Palavras-chave: Pandemias, Pessoal de Saúde, Infecções por Coronavírus*

ANA PAULA MONTEIRO E MONTEIRO[1]
DANIELLE OLIVEIRA DA SILVA[1]
DAVID ALFREDO CORDEIRO DA SILVA[1]
GYLMARA MELO PANTOJA[1]
ISABELA CERES DA SILVA MATOS[1]
JOSILENE SANTANA DO NASCIMENTO[1]
KÉZIA DIAS LOPES[1]
LUCAS EDUARDO SILVA E SILVA[1]
LUCIMARA RIBEIRO DA SILVA[1]
MARCELA THAÍSE MACHADO PANTOJA[1]
MAYARA PINHEIRO MENDES[1]
MIRIAM SOUZA OLIVEIRA[1]
THAMIRES CABRAL FREITAS[1]
VICTÓRIA LIMA GUIMARÃES[1]
ANA CAROLINA ARAÚJO DE ALMEIDA LINS[2]

1. Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ).
2. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ).

## INTRODUÇÃO

A pandemia do novo corona vírus é a maior emergência que a comunidade internacional enfrenta em décadas. Além das preocupações quanto à saúde física, traz consigo também preocupações quanto ao sofrimento psicológico que pode ser vivido pela população geral e pelos profissionais da saúde envolvidos (SANTOS *et al*., 2020).

O novo corona vírus humano surgiu em dezembro de 2019, sendo chamado de síndrome respiratória aguda grave do corona vírus 2 (SARS-CoV-2) ou nomeado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como doença de corona vírus (COVID-19), surgiu na China, na cidade de Wuhan. Expandindo-se globalmente, e atualmente é considerado pandêmico, com aproximadamente 3 milhões de casos no mundo até o final de abril. A COVID-19 é uma condição que pode afetar os pulmões, o trato respiratório e outros sistemas (CABRAL *et al*., 2020).

A Síndrome Gripal Leve representa 80% dos casos sintomáticos, manifestados através de febre, tosse, fadiga, dispneia e mialgia. Os casos graves, de 5-10% dos sintomáticos, geralmente se expressam por pneumonia, com alterações de sinais vitais, dispneia ou disfunção orgânica; além disso, podem evoluir para uma Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo, com complicações respiratórias, alterações radiográficas e da $PaO_2/FiO_2$. A Sepse e Choque séptico por COVID-19 possuem ainda maior chance de desfecho desfavorável, condições que indicam permanência do paciente em ambiente de terapia intensiva(SANTOS *et al*., 2020).

Tendo um grande impacto na população em geral, principalmente para os profissionais da área da saúde, que ficaram na linha de frente no combate da doença. Além de serem expostos diretamente ao vírus, se enquadrando ao grupo de risco, a saúde mental desses profissionais ficou prejudicada. Com a demanda muito extensa de atendimento aos pacientes infectados com SARS-CoV-2, a pressão e o cansaço físico e psicológico dos profissionais de saúde aumentaram, provocando também quadros de ansiedade e depressão, perda de sono, entre outros.

Muito se fala dos profissionais que estão na linha de frente nos cuidados durante a atual pandemia que, tiveram que lidar com situações de estresse e tomadas rápidas de decisão em resposta a grande ameaça que amedronta o mundo (BARBOSA *et al.*, 2020.) A Covid-19 causou um grande impacto na população em geral, principalmente para esses profissionais. Além disso, a pandemia revelou a exaustão física e mental que estes enfrentam, como a dor da perda de pacientes e colegas, a dificuldade na tomada de decisão, o medo da contaminação e da transmissão da doença aos entes próximos também como fatores que prejudicam a saúde mental dos profissionais atuantes na linha de frente da doença (SILVA *et al*., 2020).

Com o isolamento social obrigatório no ano de 2020, grande parte da população nacional aderiu a esta nova realidade e tiveram que modificar seu padrão de vida cotidiano, e com a mudança repercutindo na economia e saúde tiveram como resultado um aumento de casos de estresse, ansiedade, e depressão (CABRAL *et al*., 2020).

De acordo com os dados divulgados no Boletim Epidemiológico Especial, em maio de 2020 no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) informou existirem cerca de 199.768 profissionais de saúde registrados com suspeita de COVID-19, sendo distribuídos 34% para técnicos e auxiliares em

Enfermagem, seguidos por 16% Enfermeiros e 13% Médicos, acometidos pela doença (BRASIL, 2020). Devido a esse rápido crescimento do número de profissionais de saúde infectados e todo o estresse e pressão que têm sofrido, a saúde mental desses profissionais tem sido apontada como uma grande preocupação (PRADO *et al.*, 2020).

Por isso, é imprescindível que os profissionais de enfermagem se preparem para enfrentar esta ameaça, buscando a informação sobre os fatores de risco e de proteção em relação à pandemia e o que ela acarreta em suas rotinas, buscando estratégias de enfrentamento, como apoio psicológico especializado, atendimento por telefone que realiza escuta diferenciada, sigilosa e gratuita, realização de práticas integrativas complementares e realização de exercícios de relaxamento, a procura por serviços públicos de saúde mental disponíveis, a fim de obterem melhoria em suas condições de trabalho e, consequentemente, em sua saúde física e mental (SANTOS *et al*., 2020).

Diante disso, o objetivo dessa pesquisa foi entender, através de uma revisão integrativa da literatura, como a COVID- 19 afeta a saúde mental dos profissionais da área da saúde e quais os impactos no serviço de saúde, visto que esta os colocou sob extrema pressão, com alto potencial de afetar a saúde física e mental. O ambiente de trabalho coloca os profissionais em alto risco para a infecção pelo novo corona vírus, estes são prejudicados ao tentar realizar suas funções com segurança, sem as condições organizacionais e ferramentas de trabalho adequadas (SILVA *et al*., 2020).

## MÉTODO

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, com base em artigos publicados até novembro de 2020. A pergunta norteadora da pesquisa foi elaborada através do método PICO (SANTOS *et al.*, 2007). Segundo o autor o método PICO "representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e "Outcomes" (desfecho)." Sendo esta "Como a pandemia da COVID-19 transformou o quadro global dos serviços de saúde e como afetou a saúde mental dos profissionais de saúde".

A busca dos artigos foi através e quatro bases de dados, sendo estas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados Latino-americanos e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), sendo utilizado os seguintes descritores: "pandemia", "saúde mental", "profissionais da saúde", "serviços de saúde", sendo realizada também nas línguas Inglês e Espanhol, foram utilizados também os operadores booleanos "AND" e "OR".

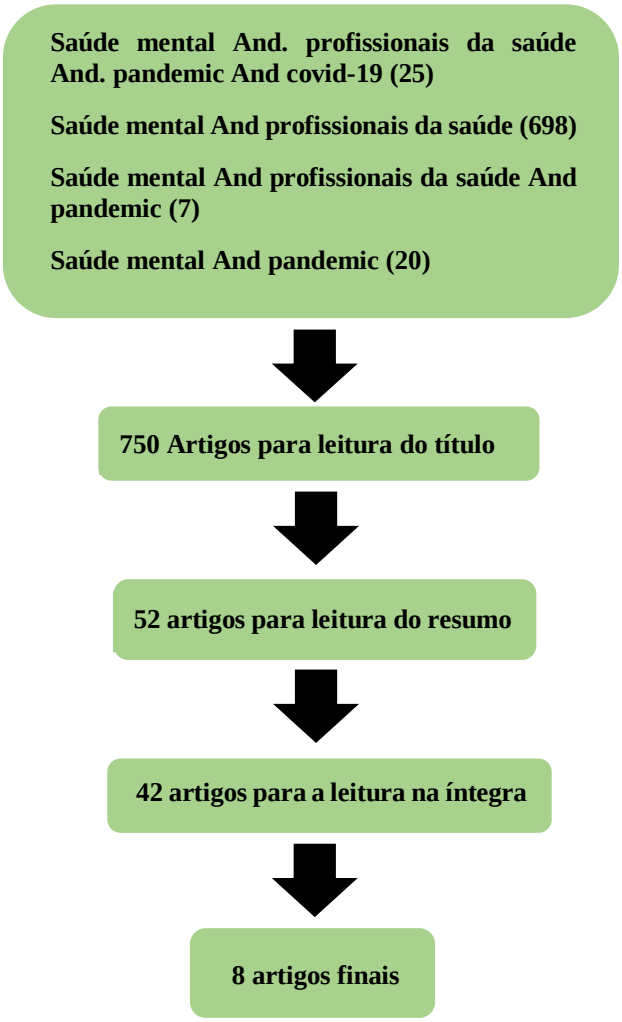
Foi utilizado como critérios de inclusão artigos originais, de revisão de literatura e relatos de experiência, nos idiomas de português, inglês e espanhol, no espaço temporal de 2015 a 2020 e que respondiam à pergunta norteadora, foram excluídos os artigos duplicados, relatos de caso, artigos que antecediam o tempo estipulado para inclusão e artigos pré-prints.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as buscas pelas bases de dados foram selecionados apenas artigos entre 2015 e 2020, foram selecionados 750 artigos, após a leitura dos títulos foram separados 52 artigos para a leitura dos resumos, após foram selecionados 42 artigos para a leitura na íntegra, e desses apenas 8 foram selecionados

para compor a discrição acerca do tema, como demonstrado na Figura 29.1.

**Figura 29.1.** Fluxograma da seleção dos artigos da revisão integrativa, a partir dos critérios de inclusão e exclusão




Após todas as etapas foram selecionados 8 artigos para compor a revisão, 100% deles foram publicados no ano de 2020 e publicados em revistas nacionais, sendo que dos 8 artigos selecionados 50% eram estudos do tipo original, de abordagem qualitativa e 50% estudos do tipo revisão, de abordagem quantitativa (Quadro 29.1).

## Impactos da pandemia aos serviços de saúde

A proteção da saúde dos profissionais de na linha de frete ao combate do novo coronavírus é fundamental para evitar a transmissão da COVID-19 nos estabelecimentos de saúde e domicílios dos mesmos, sendo necessário adotar os protocolos de controle de infecções para o SARS-CoV-2 como: disponibilizando equipamentos de proteção individual (EPIs), incluindo máscaras N95, aventais, óculos, protetores faciais e luvas. Além disso, deve-se proteger a saúde mental dos profissionais e trabalhadores de saúde, por conta do estresse a que estão submetidos nesse contexto (HUMEREZ *et al.*, 2020).

O sistema único de saúde (SUS), com seus problemas crônicos, é o cenário em que se coloca o desafio do enfrentamento e o controle da pandemia da COVID-19 no Brasil, até porque o sistema privado, de assistência médica supletiva, cobre apenas cerca de 1/4 da população brasileira, basicamente com assistência médico-hospitalar, o que traz um problema adicional ao atendimento dos casos, na medida em que este sistema dispõe de mais de 2/3 dos leitos hospitalares no país. Ao tempo em que apontam os problemas decorrentes do subfinanciamento do SUS, dos congelamentos dos gastos no setor, da deterioração dos serviços e da precarização da força de trabalho, esses estudos denunciam os efeitos negativos de tais problemas na prestação de serviços de atenção, particularmente na atenção primária, seriamente afetada pelas mudanças na lógica do financiamento ocorridas nos últimos anos (HUMEREZ *et al.*, 2020).

**Quadro 29.1.** Apresentação dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo o título, autores, ano da publicação, nacionalidade, metodologia e nível de evidência

| Autores e ano | Título | Revista | Objetivo de estudo | Resultados |
|---|---|---|---|---|
| BARBOSA *et al.*, (2020) | Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de Evidências | Comunicação em ciências da saúde | Identificar os principais efeitos psicológicos da pandemia da COVID-19 nos profissionais de enfermagem; descrever os principais fatores capazes de gerar estresse psicológico nos profissionais de enfermagem; descrever as estratégias de coping para o combate ao estresse emocional. | O aumento da carga de trabalho, medo de contaminar os familiares e de se contaminar, desinformação e raiva do governo e dos sistemas de saúde são os principais fatores capazes de gerar estresse emocional nos profissionais de enfermagem. |
| DAL'BOSCO *et al.*, (2020) | A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional | Revista Brasileira de Enfermagem | Identificar a prevalência e fatores associados à ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento da COVID-19 em hospital universitário. | Houve prevalência de ansiedade (48,9%) e de depressão (25%). A maioria da amostra foi composta por mulheres, com mais de 40 anos, casadas ou em união estável, de cor branca, com ensino superior ou pós-graduação, com renda superior a R$3.000,00, concursadas, com regime de trabalho de 40 horas semanais e tempo de atuação no hospital de 1 a 5 anos |
| HUMEREZ *et al.*, (2020) | Saúde Mental Dos Profissionais De Enfermagem Do Brasil No Contexto Da Pandemia Covid-19: Ação Do Conselho Federal De Enfermagem | Cogitare enfermagem | Refletir sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem brasileiros no contexto da pandemia COVID-19 | Estudo feito em bases teóricas, não houve resultados. |
| MOREIRA *et al.*, (2020) | Adoecimento Mental Na População Geral E Em Profissionais De Saúde Durante A Covid-19: Scoping Review | Texto Contexto Enfermagem | Mapear a literatura sobre adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19. | Foram encontrados 1.168 artigos, dos quais 27 foram analisados. 19 (70%) versaram sobre a prevalência de adoecimento mental na população geral, seis (22%) em médicos e enfermeiros, um (4%) nos demais profissionais de saúde e um (4%) na população geral e enfermeiros. Identificaram-se 19 sintomas de adoecimento mental. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PRADO *et al.*, (2020) | A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa | Revista Eletrônica Acervo Saúde | Conhecer a situação da saúde mental dos profissionais da área da saúde da linha de frente na pandemia do COVID-19, e quais consequências para os serviços de saúde | Foram selecionados 8 artigos para essa revisão. A partir da leitura dos artigos percebeu-se a fragilidade na saúde mental do trabalhador da saúde, dentro de incertezas do futuro e da cura do vírus COVID-19. Dessa forma, percebe-se altos índices de ansiedade, estresse, depressão, medo, angústia e sono alterado, doenças e muitas vezes esse profissional não procura ajuda para si mesmo. |
| SAIDEL *et al.*, (2020) | Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus | Revista de enfermagem da UERJ | Refletir sobre as intervenções/ações de cuidado em saúde mental voltados aos profissionais da saúde que prestam assistência ao paciente suspeito ou diagnosticado com COVID-19 | Estudo feito em bases teóricas, não houve resultados |
| TEIXEIRA *et al.*, (2020) | A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19 | Ciência & Saúde Coletiva | Sistematizar um conjunto de evidências científicas apresentadas em artigos internacionais que identificam os principais problemas que estão afetando os profissionais de saúde envolvidos diretamente no enfrentamento da pandemia de COVID-19 e apontam ações e estratégias para a proteção e a assistência à saúde desses profissionais. | Estudo feito em bases teóricas, não houve resultados |
| TOESCHER *et al.*, (2020) | Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio | Escola Anna Nery | Refletir sobre as implicações da pandemia de coronavírus na saúde mental dos profissionais de enfermagem e os principais recursos de apoio em desenvolvimento | Foi possível refletir acerca das principais implicações da pandemia para os profissionais de enfermagem e os principais recursos de apoio em desenvolvimento, especialmente relacionados a identificação e manejo de situações estressantes. |

Diante da insuficiência de infraestrutura, principalmente de leitos hospitalares, UTIs e equipamentos de respiração mecânica (respiradores) no SUS, vem se agilizando a implementação dos "hospitais de campanha", estratégia que traz consigo a necessidade imediata de contratação de pessoal, o que vem sendo feito através da reprodução em larga escala dos vínculos precários, "terceirizados", sem garantias trabalhistas, representando o que vem sendo denominado de "uberização" da força de trabalho em saúde (PRADO *et al.*, 2020).

O Ministério da Saúde, em consonância com o Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG) tem unido forças e se preparado para receber os pacientes suspeitos, adquirindo insumos médicos, EPIs, capacitando a equipe e oferecendo suporte psicossocial, a fim de oferecer o cuidado de excelência aos pacientes e manter a integridade física e mental dos profissionais (SAIDEL *et al*., 2020).

Para o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), as principais preocupações com os profissionais da área são o uso de EPIs, capacitação para os protocolos determinados pelo MS, a garantia de que os profissionais estejam preparados para usar os EPIs e, também, que tenham boas condições emocionais para prestar uma assistência de qualidade e no cuidado em relação à própria saúde mental. Assim, o COFEN disponibilizou um canal de atendimento 24h, todos os dias da semana, para que os profissionais de enfermagem pudessem procurar ajuda emocional em meio à situação de pandemia pela COVID-19 (TEIXEIRA *et al*., 2020).

Os maiores encargos profissionais (número elevado de horas de trabalho e de pacientes, alta pressão gerada por treinamentos), foram os primeiros fatores apontados nos estudos como causadores do aumento do estresse nos profissionais de enfermagem. O excesso de trabalho parece favorecer o adoecimento mental e físico em trabalhadores da área da saúde, além de facilitar a ocorrência de absenteísmos, acidentes de trabalho, erros de medicação, exaustão, sobrecarga laboral e ausência de lazer. Em decorrência do aumento na carga de trabalho, o autocuidado fica reduzido, tendo em vista a falta de tempo e energia, colaborando assim para o estresse emocional (MOREIRA *et al*., 2020).

Os profissionais de enfermagem estão acostumados a lidar com situações de estresse e necessidade de tomada rápida de decisão, entretanto o cenário atual é novo do ponto de vista de diversos fatores, levando a urgência de uma resposta técnica bem como psicoemocional, como demostrado no é preciso esforço conjunto para garantir suprimentos suficientes de equipamentos de proteção para esses profissionais e de alguma forma tornar claro o princípio cientifico que rege a produção da máscara de proteção para que possa haver margem de elaboração artesanal visto que haverá falta de insumos hospitalares. Tendo a compreensão de que esse fato de maneira nenhuma desobriga as instituições de saúde/estado em prover esses EPIs para profissionais que atuam junto a instituições públicas e privadas (DAL'BOSCO *et al*., 2020).

## Medo da mortalidade e forma de enfrentamento

A pandemia trouxe histeria e paranoia para o público em geral. Em surtos o medo é comum e pode levar a um comportamento que oscila podendo atingir a todos, e para a

COVID-19 isso é ainda mais perceptível, uma vez que pouco se sabe e muito se especula. O ritmo de disseminação é muito rápido e não há tratamento específico. A equipe de saúde apresentou níveis elevados de ansiedade e depressão, isso porque estando mais expostos correm mais riscos e sentem medo por si e pelos familiares. Falta de apoio de comunicação e de treinamento são fatores de risco que aumentam a possibilidade do desenvolvimento de doenças psicológicas. Durante as pandemias o foco está na doença em si e não nos transtornos mentais que dela possam advir (BARBOSA *et al.*, 2020).

Entretanto, a COVID-19 trouxe a necessidade de se pensar sobre as questões de saúde mental, uma vez que se observou a crescente sobrecarga desta. O medo de contaminar seus familiares com a doença desconhecida, utilização de medidas estritas de segurança e o aumento na necessidade de concentração e vigilância também foram fatores levantados, no tocante ao estresse emocional dos enfermeiros, que é acentuado pela falta de informações a respeito dos modos de transmissão e tratamento. Ademais, o modo alarmista como a mídia aborda o problema, sobre as formas de transmissão, por exemplo, geram pavor e sofrimento nos indivíduos, provocando receio de contaminação pela simples proximidade a pessoas da família (DAL'BOSCO *et al.*, 2020).

O esgotamento físico, emocional e mental ao qual o profissional de enfermagem, durante seu turno de trabalho está exposto, pode desencadear apatia, irritabilidade, desânimo, ansiedade e depressão. Em relação ao perfil destes profissionais com presença de depressão, a literatura constata que a maioria são mulheres, relacionando ao ato de cuidar e grande carga de estresse. Pesquisas mostram que a depressão afeta, em sua maioria, mulheres, desde a adolescência, sendo consideradas pela sociedade como sexo frágil e submissas. Nesse contexto, sendo a enfermagem composta, majoritariamente, por mulheres jovens, estudo retrata um desequilíbrio na carga entre o trabalho e a vida doméstica, desencadeando exaustão e podendo levar à depressão grave e síndrome de Burnout (TOESCHER *et al.*, 2020).

Saúde mental significa flexibilidade, opondo-se à rigidez. Ao fixar-se numa postura repetitiva e paralisadora, o profissional de enfermagem em sofrimento se vê impedido de exercer as múltiplas possibilidades de sua vida. Não negando os polos negativos da existência, tais como a resistência, inflexibilidade, mecanismos de defesa, inadequação e mal-estar, a concepção adotada enfatiza as condições positivas, facilitadoras de uma relação que delineia uma configuração mais plena, satisfatória e saudável.

Durante os atendimentos, foram revelados os sentimentos, que foram organizados em: ansiedade, estresse, saúde mental, medo, ambivalência, depressão, exaustão. Ansiedade causada por falta de EPIs; pressão por parte da chefia imediata, com as notícias disponibilizadas pela mídia. O estresse devido todo tempo chegando gente; morte como nunca houve. O medo do risco de se infectar; de infectar familiares (HUMEREZ *et al.*, 2020).

A insegurança por parte da população (vizinhos, amigos) que os aplaudem, mas os discriminam, evitando contato. Depressão causada pela solidão, afastamento das famílias, morte dos companheiros de trabalho, e a exaustão ou esgotamento emocional com o volume de trabalho muito maior do que estavam acostumados (PRADO *et al.*, 2020).

Em decorrência da pandemia, intervenções psicológicas voltadas para os profissionais de enfermagem vêm desempenhando um papel extremamente importante para configuração do atual cenário. Assim, uma série de serviços psicológicos, realizados por meios de tecnologia da informação e comunicação, tem recebido destaque, principalmente por se constituírem de mecanismos relevantes para o acolhimento de queixas relacionado à saúde mental (TOESCHER *et al*., 2020).

As lições sobre os impactos da COVID-19 na saúde mental de profissionais de enfermagem atuantes em outros países, em conjunto com a percepção da própria realidade, tornaram evidente a relevância da implementação de serviços estratégicos de atenção psicossocial, baseados em evidências, como forma de acalmar o estresse e o sofrimento intenso, além de prevenir futuros agravos. Nesse sentido, as ações de saúde mental precisam ser recomendadas desde a primeira fase de resposta ao surto. O atendimento remoto aos profissionais, por exemplo, tem demonstrado inúmeras vantagens no oferecimento de suporte emocional, uma vez que corrobora com as recomendações de distanciamento social, quarentena e/ou isolamento domiciliar. Desse modo, é possível evitar a circulação desnecessária e, ao mesmo tempo, garantir atendimento psicológico de qualidade (TOESCHER *et al*., 2020).

São inúmeras as possibilidades de cuidado em saúde mental aos profissionais de saúde diante deste cenário vivido mundialmente na pandemia da COVID-19, mas para esse cuidado é importante implementar ações, documentar e divulgar os resultados para o aprimoramento e consolidação dessas iniciativas como parte da atenção à saúde dos cuidadores envolvidos.

Reflete-se também, o preparo dos profissionais da saúde mental que irão acolher os profissionais da saúde, como estes lidam com sua saúde mental, em que medida a supervisão dos casos farão parte desta estratégia para os profissionais que acolhem em plataformas digitais, pesquisas sobre os atendimentos que possam contribuir com políticas públicas para o cuidado em saúde mental em tempos de pandemia, tudo isso gerenciado em um misto de iniciativas de conselhos de classe profissionais, sociedade civil organizada, e o governo municipal, estadual e federal. Logo, o Estado tem a responsabilidade de gerenciar mecanismos de cuidado em saúde mental aos trabalhadores também da saúde, em parceria com instituições formadoras e de pesquisa, nacionais e internacionais (BARBOSA *et al.*, 2020).

Grande parte dos cuidados de saúde mental necessários pode ser fornecida por meio de serviços de telemedicina, incluindo vídeo com profissionais de saúde mental, aplicativos móveis, recursos online e suporte virtual por pares. Tais serviços requerem o treinamento de psicólogos, psiquiatras e demais profissionais para atendimento, assim como a disponibilização de infraestrutura com telefones e dispositivos para interação. A rede de Atenção Psicossocial também poderá ser utilizada para atender a situações de crise seja da população, familiares e acompanhantes (BARBOSA *et al.*, 2020).

Embora a maioria dos estudos tenha sido realizada na China, cabe considerar que a doença se disseminou por diferentes continentes, afetando países nos quais os sistemas de saúde e os processos de trabalho são distintos, com formas de enfrentamento

diversas, mas, ainda assim, implica na tomada de decisão e ação estratégica global, a fim de dirimir maiores comprometimentos na força de trabalho em saúde (SAIDEL *et al*., 2020).

Em virtude dos fatos mencionados, para melhor entendimento das repercussões psicológicas e psiquiátricas de uma pandemia, é preciso levar em consideração as principais implicações e emoções envolvidas antes, durante e após o evento. Assim, mais pesquisas sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem precisam ser realizadas, uma vez que a utilização do conhecimento e experiência prévia de situações semelhantes auxilia no direcionamento de ações e recursos efetivos (TOESCHER *et al*., 2020).

## Resquícios da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde

Após as evidências científicas demostrarem que a equipe de saúde tem passado por sofrimento psicológico com a pandemia da COVID-19, percebeu-se a importância de tratamentos psicológicos ou psiquiátricos à essa população, uma vez que, o cuidado em saúde mental favorece a atuação do profissional no seu local de trabalho, e a ausência disso reduzirá o seu potencial de cuidado, aumentarão as chances de afastamentos, disseminações, mortes e consequências posteriores à esta crise(PRADO *et al*., 2020).

Frente ao exposto, Teixeira *et al.* (2020) entende que há dois paradigmas principais para discussão dos conceitos de saúde e saúde mental, ou seja, o paradigma biomédico e o da produção social de saúde. No primeiro, o foco é exclusivamente na doença e em suas manifestações, a loucura como sendo essencialmente o objeto de estudo da psiquiatria. No segundo, a saúde é mais complexa que as manifestações das doenças e inclui aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Neste paradigma, loucura é muito mais que um diagnóstico psiquiátrico, pois os pacientes com um transtorno psiquiátrico podem ter qualidade de vida, participar da comunidade, trabalhar e desenvolver seus potenciais.

De outro modo que, Barbosa *et al.* (2020) afirma que as premissas expostas nos fizeram questionar como o cuidado a esta doença - permeada de incertezas sobre as formas de transmissão, tempo de incubação do vírus, letalidade, tratamento eficaz, formas de diagnóstico seguro, uso correto, adequado e racional de EPIs - pode influenciar na saúde mental dos profissionais de saúde?

Como foi abordado nessa pesquisa, o aspecto psicológico leva consigo uma sobrecarga imensa quanto ao profissional que atua constantemente presenciando casos de óbito e de enfermidades, temendo pela sua própria vida, cuidando dos outros e esquecendo-se do seu bem-estar (MOREIRA *et al*., 2020).

De acordo com Moreira *et al.* (2020) é comum que durante surtos de doenças infecciosas, os danos à saúde mental sejam negligenciados, em comparação ao risco biológico e às medidas de tratamento. Entretanto, podem acometer um maior número de pessoas e permanecer mesmo após o fim de epidemias. Tais impactos psicológicos podem, porém, ser minimizados e até mesmo evitados por meio de cuidados em saúde mental e psiquiatria. A necessidade desses cuidados foi evidenciada em crises epidemiológicas precedentes e é agora reforçada diante do contexto da COVID-19.

Com a necessidade do distanciamento social, tornou-se obrigatório o modelo

preventivo da quarentena. Todavia, está afetou a qualidade de vida do mundo, onde muitas pessoas tiveram que lutar contra ansiedade, depressão, sedentarismo e compulsão alimentícia, transformando o quadro de saúde global. Esse resquício deixado pela pandemia ainda precisa de medidas de longo planejamento para serem superadas e a qualidade de vida recuperadas outra vez. O mesmo se compreende aos profissionais de saúde, que tendo que lidar com o estresse, pressão e demasiado temor sobre a pandemia, também obtiveram um alarmante quadro de competência modificado (SAIDEL *et al*., 2020).

## CONCLUSÃO

Foram abordados, neste estudo, alguns dos principais artigos que se refere à saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia pela COVID-19. Essa temática tem sido apontada como uma grande preocupação devido à frequente exposição ao risco de contaminação, às grandes tomadas de decisões, longas jornadas de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual, ampla cobertura da imprensa e baixo estoque de medicamentos. Assim, a perda de colegas próximos ou familiares também enfatizou, a saber, a consequência e os resquícios do sofrimento. Baseado nisso, é necessário à realização de intervenções psicológicas, a fim de reduzir impactos negativos e promover a saúde mental durante e pós pandemia

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, D. *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. In: Ministério da Saúde / SAPS – Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID19) na atenção primária à saúde. Brasília - DF: Coronavírus COVID-19. 2020. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf. Acesso em 14 out 2020.

CABRAL, E. *et al*. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID19. Interamerican Journal of Medicine and Health, v. 3, p. 1, 2020.

DAL'BOSCO, E, *et al*. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, e20200434, 2020.

HUMEREZ, D. *et al*. Saúde Mental Dos Profissionais De Enfermagem Do Brasil No Contexto Da Pandemia Covid-19: Ação do Conselho Federal de Enfermagem. Cogitare Enfermagem, v. 25, e74115, 2020.

MOREIRA, W. *et al*. Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a covid-19: scoping review. Texto & Contexto Enfermagem, v. 29, e20200215, 2020.

PRADO, A. *et al*. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 46, e4128, 2020.

SAIDEL, M. *et al*. Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. Revista de Enfermagem UERJ, v. 28, e49923, 2020.

SANTOS, C. *et al*. A estratégia PICO para a construção da questão de pesquisa e busca de evidências. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 15, pág. 508-511, 2007

SANTOS, W.A. *et al*. O impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 9, e190985470, 2020.

SILVA, A. *et al*. A saúde mental dos profissionais de saúde no contexto do COVID19. Revista Eletrônica da Estácio Recife, v. 6, p. 12, 2020.

TEIXEIRA, C. *et al*. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19, Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 3465, 2020.

TOESCHER, A. *et al*. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID19: recursos de apoio. Escola Anna Nery, v. 24, e20200276, 2020.

# CAPÍTULO 30

# TRANSTORNOS MENTAIS EM IDOSOS FRENTE AO TRATAMENTO DE CÂNCER DE PRÓSTATA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Palavras-chave: Envelhecimento; Neoplasias da Próstata; Disfunção Cognitiva*

JULIANA SANTOS SIMÃO[1]
DANIEL COUTINHO DOS SANTOS[1]
DAIANNE SANTOS DE SOUZA[1]
ANTÔNIA MARCELA SILVA ROCHA[1]
SARA BERNARDA MOREIRA DE SOUSA[1]
DOUGLAS MORAES CAMPOS[2]
MARCELA DE OLIVEIRA FEITOSA[3]

1. Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.
2. Discente – Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão.
3. Docente – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de próstata é a segunda neoplasia mais comum entre os homens, atrás apenas do câncer de pele não-melanoma. Em valores absolutos e considerando ambos os sexos, é o segundo tipo mais comum. A taxa de incidência é maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento, e mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de 75% dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA, 2020). Além disso, as estatísticas do Instituto Nacional de Câncer estimam 65.840 novos casos e 15.576 novos óbitos por câncer de próstata para cada ano do triênio 2020-2022, esse valor corresponde a um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens (INCA, 2020).

Nesse contexto, são necessárias estratégias para o diagnóstico precoce do câncer de próstata, que pode ocorrer através da abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença, que incluem alteração na frequência e padrões urinários, hematúria visível e disfunção erétil. Além disso, entre os métodos de diagnóstico precoce está o rastreamento, que se dá por meio da aplicação de testes ou exames como o toque retal e o Antígeno Prostático Específico (PSA), em uma população assintomática e aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e, a partir disso, encaminhar os pacientes com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento (INCA, 2019).

Cabe ressaltar que o diagnóstico de câncer é frequentemente acompanhado por um aumento na angústia e sintomas depressivos. Para pacientes mais velhos, a presença de problemas físicos relacionados ao envelhecimento, condições médicas comórbidas e sua carga de sintomas pode sobrecarregar sua capacidade de enfrentamento, levando a uma maior vulnerabilidade ao sofrimento mental (NELSON *et al.*, 2009).

Portanto, o objetivo deste estudo foi investigar na literatura quais os principais transtornos mentais desencadeados pelo tratamento de câncer de próstata em idosos.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no mês de novembro de 2020. A revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto. Em virtude de sua abordagem metodológica, permite a inclusão de métodos diversos, que têm o potencial de desempenhar um importante papel na prática baseada em evidências em enfermagem (SOUZA *et al.*, 2010). O método conta com seis etapas: elaboração da questão norteadora de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão para a busca na literatura; coleta de dados; análise crítica do material; interpretação das informações obtidas; e apresentação dos resultados.

Na primeira etapa, buscou-se definir de maneira clara e objetiva a pergunta condutora que direciona todo o estudo, através da estratégia PICo (CARDOSO *et al.*, 2019) – onde "P" corresponde à população idosa; o "I" ao interesse de investigar os transtornos mentais em idosos e "Co" sendo o contexto do câncer de próstata. Com isso, foi definida a

questão norteadora: "Quais os principais transtornos mentais desencadeados em idosos durante o tratamento de câncer de próstata?".

Na segunda etapa, houve a preocupação em definir os critérios para a realização da busca nas bases de dados, sendo os de inclusão: publicações disponíveis na íntegra, de livre acesso, no idioma português ou inglês, que respondem à questão norteadora. Os critérios de exclusão são publicações que fogem ao tema deste estudo, que não contemplem o público idoso ou que não foram publicados entre os períodos de 2006 a 2020.

Para a coleta de dados, utilizou-se como descritores: "câncer", "próstata", "neoplasia", "depressão", "ansiedade" e "saúde mental", sem restrição de anos. A estratégia de busca ocorreu a partir de diferentes combinações, utilizando o operador booleano "AND", nas bases de dados de pesquisas: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A Tabela 30.1 apresenta detalhadamente o número de publicações encontradas nas bases de dados através da estratégia de busca adotada.

**Tabela 30.1.** Estratégia de busca utilizada nas bases de dados

| | MEDLINE | LILACS | SciELO |
|---|---|---|---|
| Câncer AND próstata AND depressão | 587 | 18 | 5 |
| Neoplasia AND próstata AND depressão | 75 | 3 | 1 |
| Neoplasia AND próstata AND ansiedade | 58 | 1 | 0 |
| Câncer AND próstata AND ansiedade | 312 | 11 | 2 |
| Saúde mental AND câncer de próstata | 0 | 158 | 0 |
| Saúde mental AND próstata | 162 | 0 | 0 |

Após as buscas, foram encontradas 1.393 publicações, incluindo artigos científicos, de jornais, de revistas, teses, etc. Feita a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos os estudos que não atendiam a temática proposta, os de acesso limitado e aparições repetidas, restando 74 publicações. Em seguida, realizou-se uma análise crítica e exaustiva desse material, fazendo a leitura de seus títulos, resultados, discussões e conclusões e excluindo aqueles que não atendiam a temática proposta, considerando a questão norteadora, resultando em 49 artigos para a composição desse estudo. A Tabela 30.2 apresenta um fluxograma que se refere a esse processo.

**Tabela 30.2.** Fluxograma de identificação, seleção, análise e inclusão de estudos

| | **Estudos identificados por meio da busca nas bases de dados (1.393)** | | |
|---|---|---|---|
| **Identificação** | MEDLINE | LILACS | SCIELO |
| | (1032) | (353) | (8) |
| **Seleção** | Leitura dos títulos e resumos; exclusão de estudos repetidos, de acesso limitado, que não atendiam a temática proposta. | | |
| | (74) | | |
| **Análise** | Leitura crítica e exaustiva dos títulos resultados, discussões e conclusões; exclusão dos que não correspondiam com a questão norteadora. | | |
| **Inclusão** | (47) | | |

Para facilitar a interpretação dos dados e a apresentação dos resultados, buscou-se avaliar as informações contidas nas 49 publicações, as quais foram organizadas em uma planilha eletrônica com auxílio do software *Microsoft® Excel®* 2016, e registrados: título, autores, ano de publicação, resultados e os principais achados psicológicos nesses pacientes acometidos com câncer de próstata.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura e análise de todo o material, foram identificados diversos transtornos mentais nos pacientes submetidos ao tratamento de câncer de próstata, dentre eles: depressão ou sintomatologia depressiva ou humor deprimido, ansiedade ou sintomatologia ansiosa, ansiedade genérica, ansiedade específica para o câncer, angústia, estresse, estresse psicológico, medo de recorrência e progressão, culpa, remorso, incerteza sobre o futuro, preocupação com o tratamento cirúrgico, tristeza, transtorno bipolar, melancolia, anedonia, pensamentos intrusivos, nervosismo, risco de suicídio, distúrbios do humor e sofrimento.

Os achados mais prevalentes nesses pacientes estudados foram a depressão, aparecendo em 71% (n= 35) dos artigos; ansiedade, 71% (n= 35); angústia, 18% (n= 9); o medo, 16% (n= 8) e o estresse, 8% (n= 4). Ainda é possível ressaltar que os mesmos achados poderiam aparecer em um mesmo paciente e/ou em um mesmo estudo. A Tabela 30.3 apresenta todos os estudos incluídos nesta revisão, bem como suas referências, o ano da publicação e os achados psicológicos que resultaram esta revisão.

É notável que o desencadeamento de transtornos mentais impacta diretamente no tratamento do câncer, tanto no ajustamento quanto na adesão a ele. Entre os idosos com doenças crônicas, a depressão frequentemente interfere na capacidade de tomar decisões de tratamento e aderir a regimes de tratamento prolongados (NELSON *et al.*, 2009). Além disso, o estado psicológico de um paciente pode influenciar as taxas de rastreamento do câncer, uma vez que as emoções afetam o comportamento de saúde, a autorregulação e a captação de mensagens relacionadas à saúde (KOTWAL *et al.*, 2012).

Indivíduos com sintomas depressivos elevados apresentam taxas mais baixas de utilização de cuidados preventivos e adesão aos tratamentos, apesar de usarem mais serviços de saúde em geral (KOTWAL *et al.*, 2012). Logo, é sugerido que os oncologistas foquem no rastreamento e diagnóstico eficazes de sofrimento mental nessa população, pois, infelizmente, o diagnóstico de depressão em pacientes com câncer mais velhos pode ser um desafio específico (NELSON *et al.*, 2009). Para que fosse possível identificar os transtornos mentais dos pacientes com câncer de próstata, os autores dos estudos escolhidos para a revisão utilizaram escalas como ferramenta de detecção de sofrimento psicológico (ROTH *et al.*, 1998).

Assim, entre essas escalas encontra-se a *Distress Thermometer* (DT), que compreende uma escala visual analógica de 1 item, a qual solicita aos pacientes para classificar sua angústia de 0 a 10, com números mais altos indicando mais angústia. Outra escala é a *Functional Assessment of Cancer Therapy Scale-Prostate Cancer Version* (FACT-P), um questionário que consiste em uma escala de qualidade de vida de 27 itens divididos em quatro grupos (bem-estar físico; bem-estar social/familiar; bem-estar emocional; e bem-estar funcional) e 12 itens específicos para câncer de próstata (NELSON *et al.*, 2009).

**Tabela 30.3.** Sistematização dos artigos incluídos no estudo

| AUTORES | ANO | PRINCIPAIS ACHADOS PSICOLÓGICOS | AUTORES | ANO | PRINCIPAIS ACHADOS PSICOLÓGICOS |
|---|---|---|---|---|---|
| NELSON *et al.* | 2009 | Depressão, ansiedade e angústia. | SEEMANN *et al.* | 2018 | Depressão. |
| KOTWAL *et al.* | 2012 | Estresse, depressão e ansiedade. | WAL *et al.* | 2016 | Medo, ansiedade, angústia e depressão. |
| SCHOFIELD *et al.* | 2016 | Sintomatologia ansiosa e depressiva. | DRUMMOND *et al.* | 2016 | Depressão, ansiedade e estresse. |
| CHAMBERS *et al.* | 2013 | Estresse psicológico, angústia, ansiedade e depressão. | DALE *et al.* | 2005 | Ansiedade. |
| KENDEL *et al.* | 2016 | Ansiedade. | SHARPLEY *et al.* | 2011 | Depressão, melancolia e anedonia. |
| BERGH *et al.* | 2009 | Ansiedade e medo de recorrência. | CHUNG *et al.* | 2017 | Depressão. |
| WILCOX *et al.* | 2014 | Ansiedade. | FISCH *et al.* | 2014 | Depressão, humor deprimido, anedonia e tristeza. |
| ANDERSON *et al.* | 2014 | Ansiedade e medo de recorrência. | WADE *et al.* | 2015 | Ansiedade. |
| FISHER *et al.* | 2010 | Ansiedade e depressão. | THORSTEINS DOTTIR *et al.* | 2013 | Pensamentos intrusivos, nervosismo, ansiedade e humor depressivo. |
| KORFAGE *et al.* | 2006 | Ansiedade e depressão. | FRANCISCO *et al.* | 2020 | Depressão. |
| BERG *et al.* | 2009 | Ansiedade genérica, ansiedade específica para o câncer, depressão e angústia. | SONG *et al.* | 2014 | Humor deprimido. |
| SOUSA *et al.* | 2012 | Ansiedade, depressão, culpa, remorso, medo e angústia. | SEGRIN *et al.* | 2011 | Depressão e ansiedade. |
| TAVLARIDES *et al.* | 2014 | Ansiedade e depressão. | PARKER *et al.* | 2015 | Ansiedade e medo de progressão. |
| HYDE *et al.* | 2016 | Angústia, depressão, ansiedade, incerteza sobre o futuro, preocupação e tristeza. | FANG *et al.* | 2010 | Risco de suicídio, estresse, ansiedade, distúrbios do humor e preocupação com o tratamento cirúrgico. |
| TOFANI & VAZ | 2007 | Medo, angústia, depressão e ansiedade. | LEE *et al.* | 2015 | Depressão. |
| MANNE *et al.* | 2009 | Preocupação e angústia. | ALWHAIBI *et al.* | 2017 | Depressão e ansiedade. |
| WATTS *et al.* | 2014 | Depressão e ansiedade. | DIRKSEN *et al.* | 2016 | Ansiedade, depressão e angústia. |
| DEVLIN *et al.* | 2017 | Ansiedade e depressão. | PUNNEN *et al.* | 2013 | Depressão, ansiedade e angústia. |
| PILR *et al.* | 2008 | Depressão. | CHAMBERS *et al.* | 2013 | Ansiedade, depressão e sofrimento específico do câncer. |
| MOHAN *et al.* | 2009 | Depressão e ansiedade. | WATTS *et al.* | 2015 | Ansiedade e depressão. |
| STOREY *et al.* | 2012 | Ansiedade e depressão. | CONSEDINE *et al.* | 2008 | Ansiedade, preocupação e medo. |
| ARAÚJO *et al.* | 2019 | Preocupação e medo. | SHARPLEY *et al.* | 2014 | Depressão. |
| RECKLITIS *et al.* | 2014 | Depressão, ansiedade e transtorno bipolar. | SWEETMAN *et al.* | 2006 | Preocupação e ansiedade. |
| TIMILSHINA *et al.* | 2011 | Depressão. | | | |

Cita-se também a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), desenvolvida para detectar ansiedade e depressão em pacientes atendidos em ambulatórios não psiquiátricos, excluindo itens somático, com questionário de 14 itens com duas subescalas de Depressão e Ansiedade de 7 itens (NELSON *et al.*, 2009).

Verificou-se ainda a existência do *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D), uma ferramenta comumente usada para avaliar os sintomas depressivos em nível populacional, bem como da Escala de Estresse Percebido de Cohen (PSS-4), uma medida amplamente usada de uma percepção global de estresse, com perguntas que se concentram no controle da vida, na autoconfiança e na percepção dos eventos da vida (KOTWAL *et al.*, 2012), e da Escala de Tratamento do Câncer (CaTS), de 25 itens compreendendo duas subescalas que avaliam as preocupações sensoriais/psicológicas e processuais dos pacientes (SCHOFIELD *et al.*, 2016).

Além dessas, constatou-se a existência da versão resumida do *Supportive Care Needs Survey* (SCNS-SF34-R) de 34 itens, que compreende cinco subescalas que medem níveis de necessidades psicológicas, do sistema de saúde e de informação, vida física e diária, assistência ao paciente e suporte e necessidades de sexualidade no último mês (SCHOFIELD *et al.*, 2016) e o MAX-PC, que mede a ansiedade relacionada especificamente ao câncer de próstata, medo de recorrência e ansiedade associada ao teste de PSA (WILCO *et al.*, 2014).

Encontra-se também a Escala de Conflito Decisional, que avalia o conflito de decisão na escolha pela vigilância ativa; o Inventário de Ansiedade Traço do Estado abreviado (STAI-6), que consiste em 6 itens com 4 opções de resposta cada e avalia ansiedade genérica (BERGH *et al.*, 2009b), e a escala de saúde mental *Short-Form Health Survey* (SF36-MH), usada como uma medida geral de saúde mental, que consiste em cinco itens sobre estar nervoso, abatido, tranquilo, deprimido e feliz (KORFAGE *et al.*, 2006).

Pertinente a isso, cabe ressaltar o *Medical Outcomes Study* (SF-12), que consiste em 12 itens com 2 a 6 opções de resposta cada, avaliando a saúde geral (BERGH *et al.*, 2009a); o *Brief Symptom Inventory*-18 (BSI-18), incluindo subescalas de ansiedade, depressão e somatização e um Índice de Gravidade Global (GSI) que avaliou o sofrimento psicológico (CHAMBERS, *et al.* 2014).

Além dessas, observa-se a versão 3L do EQ-5D, um questionário padronizado internacional para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes, que consiste em cinco dimensões (mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor/desconforto e ansiedade/depressão) (DEVLIN *et al.*, 2017). Os sintomas depressivos também foram medidos pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI), uma escala de autorrelato de 21 itens que tem sido amplamente utilizada em pacientes com câncer (PIRL *et al.*, 2008).

Foram utilizadas também a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), uma ferramenta de triagem rápida e confiável para depressão em adultos mais velhos, consiste em 15 perguntas “sim/não”, com uma pontuação sugestiva de depressão e pontuação indicando depressão moderada a grave (TIMILSHINA *et al.*, 2012); a *Cancer Worry Scale* (CWS), que mediu a gravidade do medo de recorrência do câncer, consiste em oito itens que variam de 1 ('nunca') a 4 ('quase sempre') (VAN DE WAL *et al.*, 2016); o *Fear of Cancer*

*Recurrence Inventory* (FCRI) de 42 itens, que consiste em um questionário psicometricamente sólido usado para avaliar aspectos multidimensionais do medo de recorrência do câncer (VAN DE WAL *et al.*, 2016).

Ainda é possível verificar a Escala de Impacto de Eventos (IE S), que mede o sofrimento relacionado ao câncer e até que ponto os pacientes têm pensamentos intrusivos sobre o câncer e evitam pensar sobre o câncer (VAN DE WAL *et al.*, 2016). O bem-estar psicológico foi avaliado usando a versão de 21 questões da Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (DASS-21) e inclui três subescalas relacionadas a estados emocionais negativos autorrelatados de depressão, ansiedade e estresse (DRUMMOND *et al.*, 2016).

Por outro lado, a Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung (SDS) consiste em 20 itens e os entrevistados são solicitados a indicar a frequência de cada um dos sintomas depressivos "durante as últimas duas semanas" (SHARPLEY *et al.*, 2011); o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ - 9), uma ferramenta de triagem autoadministrada, avalia os sintomas depressivos, bem validada e confiável, cujos itens representam os critérios diagnósticos para depressão maior (PUNNEN *et al.*, 2013); a escala de transtorno de ansiedade geral 7 (GAD-7), um questionário autoaplicável, que mede os sintomas de ansiedade, com excelente validade e confiabilidade para medir a ansiedade generalizada em populações médicas (PUNNEN *et al.*, 2013).

Visto que os transtornos psicológicos são mensurados através de uma série de escalas de medição, pôde-se observar a presença de certos fatores que levam o paciente idoso com câncer de próstata a desenvolver uma morbidade psíquica, que compreende ao período desde o rastreamento até o tratamento do câncer. Alguns dos problemas psicológicos que são comumente vistos no câncer de próstata são ansiedade relacionada ao câncer e sua cura, depressão e sintomas depressivos, culpa e remorso após um diagnóstico, medo em relação à avaliação do PSA, medo em relação à recorrência do câncer após tratamento, um medo iminente e reconhecimento da morte, fadiga e dor, que podem ser agravados por fatores sociais e psicológicos e os problemas sexuais decorrentes durante e após o tratamento (SOUSA *et al.*, 2012).

A ansiedade pode ser observada durante o teste de câncer de próstata (teste PSA), o diagnóstico, durante o tratamento, ao lidar com o estigma social, pode estar relacionado à função sexual e uma ansiedade com um medo relacionado à recorrência do câncer após o tratamento. A ansiedade pelo diagnóstico do câncer, a falta de consciência, as complicações médicas decorrentes, o medo da morte e os encargos financeiros são alguns dos fatores que levam à depressão entre os pacientes com câncer de próstata (SOUSA *et al.*, 2012).

Choque, descrença, ansiedade, medo, tristeza e perda de controle são emoções comuns promotoras de estresse. Sentimentos de traição, raiva porque isso poderia acontecer mais de uma vez, raiva dirigida ao médico por não curar o câncer na primeira vez ou raiva de si mesmos são respostas comuns e normais ao que pode ser uma experiência especialmente difícil (SOUSA *et al.*, 2012).

Além de seu potencial impacto psicológico em pacientes, o câncer de próstata pode afetar também seus cuidadores, que geralmente são a família e o cônjuge, pois seus próprios problemas se somam às

responsabilidades adicionais dentro de casa. O cuidador de meia-idade corre o risco de sofrer efeitos negativos sobre seu bem-estar devido às múltiplas responsabilidades de papel na família e no trabalho. A incontinência urinária e a impotência sexual do paciente criam uma necessidade para encontrar novas maneiras de compartilhar intimidade e podem prejudicar o relacionamento conjugal se o casal não for capaz de se adaptar. Os cuidadores jovens estão em risco de tensão emocional relacionada a uma preocupação constante com o estado de saúde do paciente e preocupações sobre ser deixado sozinho (SOUSA *et al.*, 2012).

## CONCLUSÃO

Com a realização das seis etapas dessa revisão integrativa, conclui-se que o diagnóstico e tratamento do câncer de próstata podem afetar a qualidade de vida dos pacientes. Embora haja os transtornos de ansiedade genérica, ansiedade específica para o câncer, angústia, estresse, estresse psicológico, medo de recorrência e progressão, culpa, remorso, incerteza sobre o futuro, preocupação com o tratamento cirúrgico, tristeza, transtorno bipolar, melancolia, anedonia, pensamentos intrusivos, nervosismo, risco de suicídio, distúrbios do humor e sofrimento, a depressão ou sintomatologia depressiva ou humor deprimido e a ansiedade ou sintomatologia ansiosa predominam na qualidade de vida desses pacientes, sendo presentes nas detecções e rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer.

Além disso, durante a coleta de dados, constatou-se também que as implicações do câncer de próstata afetam também a qualidade de vida da família do paciente em tratamento, bem como a do companheiro (a). Nesse sentido, é imprescindível que haja um acompanhamento mental dessa população para que o enfrentamento do câncer de próstata não venha a ser ainda mais doloroso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGH, R.C.N.V.D. *et al*. Anxiety and distress during active surveillance for early prostate cancer. Cancer, v. 115, p. 3868, 2009.

BERGH, R.C.N.V.D. *et al*. Prostate cancer-specific anxiety in Dutch patients on active surveillance: validation of the memorial anxiety scale for prostate cancer. Quality of Life Research, v. 18, p. 1061, 2009.

BRASIL. Câncer de próstata - versão para Profissionais de Saúde. Instituto Nacional de Câncer, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata/profissional-de-saude>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Câncer de próstata. Instituto Nacional de Câncer, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa>. Acesso em: 27 jan. 2021.

CARDOSO, V. *et al*. Revisão sistemática de métodos mistos: método de pesquisa para a incorporação de evidências na enfermagem. In: Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 28, e20170279, 2019.

DEVLIN, N. *et al*. Health-related quality of life effects of enzalutamide in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer: an in-depth post hoc analysis of EQ-5D data from the PREVAIL trial. In: Health and Quality of Life Outcomes, v. 15, p. 1, 2017.

DRUMMOND, F.J. *et al*. Mode of prostate cancer detection is associated with the psychological wellbeing of survivors: results from the PiCTure study. Supportive Care in Cancer, v. 24, p. 2297, 2016.

KORFAGE, I.J. *et al*. Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. British Journal of Cancer, v. 94, p. 1093, 2006.

KOTWAL, A.A. *et al*. The influence of stress, depression, and anxiety on PSA screening rates in a nationally-representative sample. Medical Care, v. 50, p. 1037, 2012.

NELSON, C.J. *et al*. The chronology of distress, anxiety, and depression in older prostate cancer patients. The Oncologist, v. 14, p. 891, 2009.

PIRL, W. F. *et al*. Prospective study of depression and fatigue in men with advanced prostate cancer receiving hormone therapy. Psycho-Oncology, v. 17, p. 148, 2008.

PUNNEN, S. *et al*. A longitudinal study of anxiety, depression and distress as predictors of sexual and urinary quality of life in men with prostate cancer. BJU International, v. 112, E67, 2013.

ROTH, A.J. *et al*. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. Cancer, v. 82, p. 1904, 1998.

SCHOFIELD, P. *et al*. Nurse-led group consultation intervention reduces depressive symptoms in men with localised prostate cancer: a cluster randomised controlled trial. BMC Cancer, v. 16, p. 1, 2016.

SHARPLEY, C.F. *et al*. The role of Melancholia in prostate cancer patients' depression. In: BMC Psychiatry, v. 11, p. 1, 2011.

SOUSA, A.D. *et al*. Psychological aspects of prostate cancer: a clinical review. Prostate Cancer and Prostatic Diseases, v. 15, p. 120, 2012.

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

TIMILSHINA, N. *et al*. Impact of androgen deprivation therapy on depressive symptoms in men with nonmetastatic prostate cancer. Cancer, v. 118, p. 1940, 2012.

VAN DE WAL, M. *et al*. Fear of cancer recurrence in prostate cancer survivors. Acta Oncologica, v. 55, p. 821, 2016.

WILCOX, C.B. *et al*. Anxiety and health-related quality of life (HRQL) in patients undergoing active surveillance of prostate cancer in an Australian centre. BJU International, v. 113, p. 64, 2014.

# CAPÍTULO 31

# AS DOENÇAS HEPÁTICAS RELACIONADAS AO ALCOOLISMO DESENCADEADO POR ESTRESSE PSICOLÓGICO E ANSIEDADE

*Palavras-chave: Doenças Hepáticas; Estresse Psicológico; Ansiedade; Alcoolismo*

ANA LUISA DE OLIVEIRA ROCHA[1]
BRENO HENRIQUE COLARES SILVA[1]
CAROLINA NUNES DUTRA[1]
LUAAN SILVA ROSSATI[1]
LUIZA PEDROSA GOMES[1]
MARIA EDUARDA CUNHA BERNARDES[1]
SUELLEN CRISTINE COSTA[1]
CRISTIANA BUZELIN NUNES[2]
JANAINA CLAUDIA DA SILVA SALDANHA[3]

1. Discente do Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH. Belo Horizonte, MG.
2. Médica, Doutora em Patologia pela UFMG, 2013. Professora adjunta de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina da UFMG e no Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH. Belo Horizonte. MG.
3. Doutora em Biologia Celular. UFMG, 2006. Professora assistente do Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH. Belo Horizonte, MG.

## INTRODUÇÃO

A exposição ao álcool e ao estresse podem predispor ao desenvolvimento de doenças psiquiátricas como o transtorno por uso de álcool, visto que induz mudanças na fisiologia, no comportamento e nos padrões de expressão gênica (PUCCI *et al*., 2019). Estudos realizados nos Estados Unidos durante a recessão de 2008 e 2009, demonstraram que estresse ocasionado por problemas econômicos, como redução salarial, perda de emprego, aposentadoria e moradia estão associados ao maior consumo de álcool em indivíduos com 50 anos ou mais (MULIA *et al*., 2014).

Segundo o Relatório Global sobre Álcool e Saúde, no ano de 2016, o mundo somava mais de 2 milhões de consumidores de álcool, aproximadamente 30%, na Região do Pacífico Ocidental. Foi um consumo per capita de 32,8 gramas de álcool puro por dia (ou 15,1 litros de álcool puro anualmente). Também segundo este relatório, aproximadamente 40% da população brasileira consumiu álcool. Entre os brasileiros que beberam neste período, os homens eram maioria (54%, versus 27,3% das mulheres) (OMS, 2018).

Com relação ao uso nocivo dessa substância, o álcool esteve associado a 69,5% e 42,6% dos índices de cirrose hepática, respectivamente, entre homens e mulheres em 2016. Especificamente sobre os transtornos relacionados ao seu consumo, estima-se que 4,2% dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência, sendo 6,9% da população de homens e 1,6% de mulheres (OMS, 2018).

Estudos epidemiológicos demonstram que o etanol é uma substância hepatotóxica e essa característica se deve ao seu metabolismo, que é responsável por transformações bioquímicas que são capazes de causar danos hepáticos. A quantidade ingerida de etanol por um indivíduo pode ser determinante para o desenvolvimento de doenças hepáticas relacionadas ao álcool. Há autores que consideram que doses de 40 gramas ao dia para homens e 20 gramas ao dia para mulheres de álcool, podem configurar fatores de risco (MINCIS & MINCIS, 2011).

Diante do exposto, essa revisão integrativa visa analisar e descrever as lesões hepáticas decorrentes do consumo excessivo de álcool desencadeado por situações de estresse e ansiedade.

## MÉTODO

Para o desenvolvimento do tema foi realizada uma revisão integrativa de acordo com o protocolo predeterminado da Revista Científica de Saúde do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH). A pesquisa teve como objetivo identificar artigos originais, relatando dados e informações referentes aos danos hepáticos decorrentes do aumento do uso abusivo de álcool estimulado por situações de estresse psicológico e ansiedade.

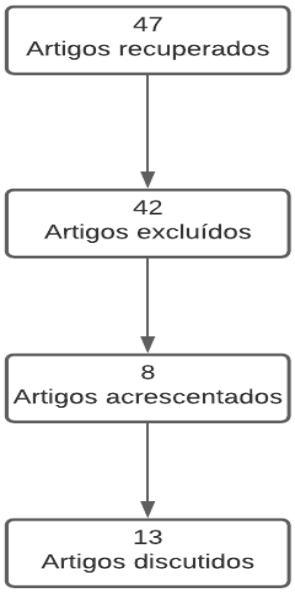
A pesquisa foi realizada entre setembro e outubro de 2020 nas bases de dados eletrônicas: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), SciELO e PubMed em inglês e português. Para a pesquisa foram utilizados os seguintes descritores (isolados e em combinação, com o uso dos operadores booleanos "AND" e "OR"): "*Liver diseases*", *"Alcoholic Liver Diseases"*, *"Alcohol-Related Disorders"*, *"Psychological Stress"*, *"Anxiety"*, *"Alcoholism"*. Foi utilizado filtro cronológico dos últimos 10 anos.

Os títulos e resumos dos artigos encontrados na busca inicial foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: pesquisa original, relatos de caso e artigos completos disponíveis de forma on-line. Artigos de revisão e opinião de especialista não foram incluídos na seleção final.

Um total de 47 artigos publicados foram recuperados na busca na base de dados MEDLINE, dos quais 38 foram encontrados através da combinação dos descritores. Entre os artigos selecionados, quatro artigos foram recuperados para a revisão, dentre os 38 artigos referentes à primeira busca, e um artigo, dentre os nove referentes à segunda busca (Quadro 31.1).

Ainda, outros oito artigos do PubMed (Quadro 31.1) foram acrescentados na discussão a fim de contextualizar de forma mais abrangente os achados na pesquisa; desses oito artigos, um artigo foi recuperado da revista "World Journal of Hepatology" usando a palavra-chave "Liver Diseases, Alcoholic"[Mesh] e sete artigos foram recuperados da revista "Clinics in Liver Disease" usando as palavras chaves "Liver Diseases, Alcoholic"[Mesh] e "Alcoholism"[Mesh]. Nenhum artigo foi encontrado utilizando-se as palavras-chave no site da SciELO. Abaixo, a Figura 31.1 resume o processo de recuperação e seleção dos artigos.

**Figura 31.1.** Processo de seleção dos artigos discutidos




## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os transtornos do uso de álcool estão diretamente relacionados à doença hepática alcoólica, sendo o principal fator desencadeador da cirrose alcoólica. Há um aumento no número de pessoas que apresentam doenças relacionadas ao álcool, assim como maiores gastos em saúde relacionados. A cirrose associada ao álcool corresponde a aproximadamente 50% do total de casos no mundo. Além disso, as mortes por essa causa aumentaram 65%, sendo mais substancial na população da faixa etária de 25 a 34 anos. O consumo excessivo de álcool tem efeitos sinérgicos nas doenças hepáticas crônicas, além de contribuir para o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular e morte (LUCEY, 2019).

### Ansiedade e uso de bebidas alcoólicas

O consumo de álcool por um indivíduo é influenciado por diferentes aspectos que interagem entre si, tais como questões econômicas, ambientais, culturais, biológicas, sociais e psicológicas. Pacientes que apresentam transtornos mentais comuns, como a ansiedade e o estresse, ou que estão passando por situações estressantes, podem abusar do álcool como uma estratégia de

enfrentamento às dificuldades (OBEID *et al.*, 2020). Em um estudo transversal a fim de avaliar o transtorno por uso de álcool, foi observado que dificuldades psicológicas foram associadas ao maior risco de desenvolvimento de transtornos.

**Quadro 31.1.** Artigos selecionados na pesquisa

| Autor e Ano | Título | Principais conclusões |
|---|---|---|
| MORLEY *et al.* (2016) | Is specialized integrated treatment for comorbid anxiety, depression and alcohol dependence better than treatment as usual in a public hospital setting? | Fornece suporte para cuidados integrados na melhoria dos resultados do consumo de álcool para pacientes com dependência alcoólica e transtorno de ansiedade/depressão comórbida. |
| CHAVARRIA *et al* (2015) | Decomposing the relationship between anxiety sensitivity and alcohol use. | Os resultados são inconsistentes com pesquisas anteriores que encontraram associações entre os subfatores Sensibilidade à Ansiedade (AS) e os resultados relacionados ao álcool. O uso de um modelo bifator de AS indica que AS gerais são responsáveis pela relação entre AS e o uso indevido de álcool. |
| RORIGUEZ *et al* (2018) | Alcohol use among concerned partners of heavy drinking service members and veterans. | O artigo se concentra em uma amostra de parceiros de veteranos dos EUA preocupados com o consumo de álcool de seus companheiros. Beber com o cônjuge foi associado a maior depressão, ansiedade e raiva do parceiro. A intervenção do estudo foi mais eficaz na redução da depressão para parceiros com consumo pesado de álcool. |
| NOURSE *et al* (2017) | College binge drinking and its association with depression and anxiety: A prospective observational study. | Alunos que consomem excessivamente bebidas alcoólicas, sofreram consequências negativas, como perda de memória, e apresentaram problemas de ansiedade e depressão junto com implicações de gênero, já que as mulheres tinham taxas mais altas de depressão e ansiedade. Os homens bebiam significativamente mais e comiam mais compulsivamente do que as mulheres. |
| OBEID *et al.* (2020) | Factors associated with alcohol use disorder: the role of depression, anxiety, stress, alexithymia and work fatigue- a population study in Lebanon. | O uso desordenado de álcool parece ser influenciado por vários fatores entre a população libanesa, incluindo alexitimia, estresse, ansiedade e fadiga no trabalho. |
| BRUHA *et al.* (2012) [1] | Alcoholic liver disease. | Doença hepática alcoólica e seus tipos de evolução. |
| IM (2019) | Acute Alcoholic Hepatitis. | Hepatite alcoólica aguda, seus prognósticos e formas de tratamento. |
| LUCEY (2019) [2] | Alcohol-Associated Cirrhosis | Cirrose alcoólica, sua epidemiologia, e consequências no fígado. |
| MELLINGER & WINDER (2019). [2] | Alcohol Use Disorders in Alcoholic Liver Disease. | Transtorno de uso de álcool e sua necessidade terapêutica. |
| ROTH & QIN (2019) [2] | Histopathology of Alcohol-Related Liver Diseases. | Principais alterações histopatológicas como consequências hepáticas relacionadas ao álcool. |
| STYSKEL *et al.* (2019) [2] | Nutrition in Alcoholic Liver Disease: An Update. | Formas e evolução da nutrição em pacientes com doença hepática alcoólica. |

| | | |
|---|---|---|
| KOURKOUMPETIS & SOOD (2019). | Pathogenesis of Alcoholic Liver Disease: An Update. | Atualizações na patogênese da doença hepática alcoólica na medicina. |

**Legenda:** [1]Artigo acrescentado da revista World Journal of Hepatology; [2]Artigo acrescentado da revista Clinics in Liver Disease.

Diante disso, Mellinger e Winder (2019) explicitam que há interdisciplinaridade entre a doença hepática alcoólica e as tendências preocupantes quanto ao uso do álcool.

Estudo realizado com 201 estudantes na universidade de Mid-Atlantic, nos Estados Unidos, onde cerca de 36,3% dos alunos relataram que experimentaram problemas de ansiedade antes mesmo de terem começado a beber álcool; 13,4% relataram sentimentos de ansiedade depois que beberam; 8% sentiram que beber fez seus sintomas de ansiedade piorarem; e 18,9% sentiram que beber fez seus sintomas de ansiedade melhorarem. O grande consumo de álcool por universitários tem como causa problemas relacionados com questões como nervosismo, preocupação e incapacidade de relaxar, já que são questões diretamente relacionadas com essa fase de desenvolvimento profissional (NOURSE *et al.*, 2017).

A sensibilidade à ansiedade, ou o temer à ela, é um fator de risco para problemas no uso de álcool (CHAVARRIA *et al.*, 2015). Através de um estudo que utilizou um modelo bifatorial, os autores observaram que a sensibilidade à ansiedade é um fator relacionado à propensão de um indivíduo para beber de forma problemática. Também foi destacado por Obeid *et al.* (2020) que o estado de intoxicação devido ao uso abusivo pode agravar os sintomas de transtorno de humor nesses pacientes.

Rodriguez *et al.* (2018), avaliaram o uso indevido de álcool prevalente entre os militares estadunidenses, onde, aproximadamente 40% dos companheiros de membros casados do serviço militar dos EUA relatam beber muito, ou seja, as mulheres em média quatro vezes por semana e os homens em média cinco vezes, uma taxa de mais de três vezes do que os civis casados, que correspondem a aproximadamente 13%. Além disso, o trabalho explicita que os militares e os veteranos que abusam do álcool, principalmente relacionado ao transtorno de estresse pós-traumático e depressão, apresentam dificuldades de relacionamento, problemas financeiros e maior probabilidade de se envolver em comportamento de risco à saúde.

Baseando-se nas análises de Morley *et al.* (2016), avaliou-se uma intervenção integrada por meio da terapia cognitivo-comportamental para dependência de álcool, ansiedade e/ou depressão que ofereceu resultados mais satisfatórios em contrapartida aos métodos usados atualmente. Os resultados mostraram que os dias de abstinência foram maiores para os pacientes que participaram da intervenção integrada. Os dados obtidos pela pesquisa sugerem que a abordagem integrada usando como estratégia a terapia cognitivo-comportamental é uma estratégia a ser levada em consideração na decisão da abordagem terapêutica de pacientes com dependência alcoólica e transtorno de ansiedade/depressão.

Com isso, conforme descrito por Mellinger e Winder (2019), os pacientes que

apresentam tanto transtorno de uso de álcool (TUA) e doenças hepáticas alcoólicas (DHA), necessitam de apoio psicológico do médico e precisam estabelecer uma boa relação para que eles possam aderir o máximo possível ao tratamento, reduzindo as chances de recidiva e as crises de abstinência.

## Consumo de álcool

Conforme descrito por Bruha *et al.* (2012), o álcool é a causa mais frequente de doenças hepáticas. A mortalidade por cirrose hepática nos países ocidentais está em proporção direta ao consumo absoluto de álcool per capita. Segundo os autores, a cirrose hepática relacionada ao álcool pode se desenvolver em indivíduos que consomem a partir de uma média diária de 30 g de álcool puro por 10 anos ao longo da vida. No caso de alcoólatras que consomem no mínimo 80 g de álcool por dia por mais de 10 anos, esses têm risco de desenvolver doença hepática a uma taxa de quase 100%.

O percentual de álcool puro varia de acordo com os tipos de bebidas, como na cerveja (5%), vinho (12%) e destilados como vodca e whisky com 40% da concentração de álcool (MELLINGER & WINDER, 2019). Para fins práticos, o consumo de álcool é classificado pela contagem de "bebidas". O Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo define uma bebida padrão como 11-14 g de álcool, o que corresponde a aproximadamente uma bebida de 40% de álcool (BRUHA *et al.*, 2012).

Com isso, é exposto por Bruha *et al.* (2012) que o tipo de bebida alcoólica está relacionado ao tipo e a gravidade das lesões hepáticas, e essas lesões podem assumir a forma aguda (hepatite alcoólica) ou de doença hepática crônica (esteatose, esteato-hepatite, fibrose e cirrose). A progressão da lesão também depende do padrão de ingestão de álcool, como no consumo junto às refeições, podendo resultar em menor risco de doença hepática do que em outras ocasiões. O consumo irregular de álcool é uma forma de poupar mais o fígado do que o uso contínuo.

É considerado seguro um consumo leve e moderado de bebidas alcoólicas, representados por valores, no máximo uma bebida para as mulheres e 2 bebidas para os homens por dia. O consumo em excesso aumenta o espectro de DHA, ocasionando primeiramente aumento de gordura hepática que resulta em doença hepática gordurosa alcoólica (DHGA). Isso leva a inflamação e progressão gerando esteato-hepatite alcoólica. Estudos relatam que cerca de um décimo de pacientes com DHGA desenvolvem cirrose (KOURKOUMPETIS & SOOD, 2019).

## Desenvolvimento da lesão causada pelo álcool

O álcool ingerido por um indivíduo é metabolizado em acetaldeído, pela mucosa gástrica, uma pequena porção pela microbiota do intestino delgado e grosso, e pelos hepatócitos. A hepatotoxicidade progressiva dessa substância tem relação com a alta ingestão de bebidas alcoólicas, pois o acetaldeído é o responsável pela hepatotoxicidade do etanol. Nos hepatócitos, o etanol é convertido em acetaldeído em três vias clássicas principais: pela enzima álcool desidrogenasse (ADH) – principal via de metabolização do etanol nos hepatócitos; pela catalase por meio dos peroxissomos; e enzima microssomal P450-2E1, responsável pela produção de espécies de oxigênio altamente reativas (ROS), como radicais hidroxietila, ânion superóxido e hidroxila, sua atuação é associada ao alto consumo de álcool e são responsáveis por danificar lipídeos, proteínas

e DNA (KOURKOUMPETIS & SOOD, 2019).

A hepatotoxicidade do álcool está diretamente relacionada à conversão do etanol pela ADH que produz acetaldeído, provoca diminuição de dinucleotideo de nicotinamida e adenina (NAD), NAD+ (oxidado) e NADH (reduzido) e causa danos a mitocôndria, reduzindo a produção de ATP. O excesso de acetaldeído pode se ligar aos microtúbulos dos hepatócitos e reter proteínas intracelulares, geralmente, excretadas, o que causa inchaço no fígado e aumenta o risco de desenvolver esteatose. Outra causa da hepatotoxicidade, é o aumento da produção de ROS pelo excesso de NADH, subproduto da metabolização do acetaldeído por meio da enzima acetaldeído desidrogenase (ALDH). Além disso, estudos realizados com modelos de roedores relatam que as células de Kupffer desempenham ações importantes na toxicidade hepática do etanol. Quando estimuladas, por meio de alteração da microbiota intestinal pelo etanol, as células de Kupffer produzem radicais livres e citocinas pró-inflamatórias, como fator de necrose tumoral alfa (TNFa), interleucinas, interferons, quimiocinas e fatores de regulação da inflamação hepática, resultando em esteatose alcoólica e lesão hepática alcoólica (KOURKOUMPETIS & SOOD, 2019).

A hepatite alcoólica aguda ocorre, geralmente, após décadas de uso constante de álcool (40 a 60 gramas por dia). O paciente se apresenta ictérico e com sinais de lesão hepática, ou seja, com níveis elevados de tempo de protrombina, enzima aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase. De uma forma geral, a evolução da doença ocorre com esteatose hepática, esteato-hepatite, fibrose e, posteriormente, cirrose hepática (IM, 2019).

A esteatose é a lesão inicial presente em mais de 90% dos pacientes etílicos. Essa doença é definida pela presença de gotículas de lipídeos no citoplasma dos hepatócitos, pode ser reversível e é classificada de acordo com a porcentagem de hepatócitos acometidos com o acúmulo gorduroso que pode levar futuramente, em um último caso, a uma degeneração gordurosa. A Hepatite Crônica, ou, Hepatite Alcoólica (HA) leva a uma síndrome clínica definida pelo rápido início de icterícia, hepatomegalia, enzimas hepáticas elevadas e insuficiência hepática em uma pessoa previamente assintomática (ROTH & QIN, 2019). Estudos demonstram que vários alelos controlam a atividade do ADH. Variações genéticas por meio de diferentes alelos, influenciam no metabolismo do álcool, em virtude das alterações nas atividades das enzimas resultando em mudanças na exposição de substratos hepatotóxicos (KOURKOUMPETIS & SOOD, 2019).

Lucey (2019) afirma que pelo menos 50% dos pacientes que apresentam HA são cirróticos, e essa condição pode ser observada como um evento descompensador em pacientes com cirrose alcoólica. Os pacientes que continuam consumindo álcool após o início da descompensação têm maior mortalidade se comparados aos que foram declarados abstinentes, já que aumentam a deterioração hepática. O principal processo pelo qual os pacientes cirróticos morrem é pela falência de múltiplos órgãos, geralmente associada com infecção.

## Histopatologia das lesões hepáticas causadas pelo álcool

A esteato-hepatite é definida pela lesão e inflamação dos hepatócitos. A lesão geralmente se refere a uma degeneração

baloniforme dos hepatócitos, devido a uma combinação de danos no citoesqueleto e edema oncótico, eventualmente levando à necrose de hepatócitos. A ocorrência de apoptose nessa doença também é possível de ser observada, consequente ao efeito inflamatório que está presente. O diagnóstico dessa doença se confirma, principalmente, pela marcação imuno-histoquímica e pela evidência dos corpos de Mallory-Denk (ROTH & QIN, 2019).

A degeneração espumosa relacionada ao álcool é uma doença aguda, com clínica semelhante a HA, e que é caracterizada, principalmente pela presença abundante de gordura microvesicular, conferindo uma aparência espumosa acometendo os hepatócitos centrolobulares e às vezes, também, da zona média. Histologicamente, os corpúsculos de Mallory-Denk e a presença de hepatócitos balonizados são raros, por outro lado, a presença de alterações no retículo endoplasmático e, principalmente, nas mitocôndrias, é bem detectada através de coloração histoquímica enzimática (ROTH & QIN, 2019).

O trabalho de Roth e Qin (2019) reitera, ainda, que boa parte dos achados histológicos, como hepatócitos balonizados e corpúsculos de Mallory-Denk apenas corroboram com o diagnóstico de DHA, haja visto que pacientes obesos ou com uso de certas drogas que afetam o metabolismo hepático, também podem apresentar esses achados. Por outro lado, é descrito, ainda, que a necrose hialina esclerosante é o único padrão de lesão hepática que pode ser quase patognomônico para DHA. Sendo assim, é de imprescindível importância que, além do exame histopatológico, a história clínica se faça presente para diagnosticar a doença que acomete o paciente.

Segundo Bruha *et al.* (2012), as lesões hepáticas podem manifestar-se de forma aguda, como HA, ou doenças crônicas, representada pela esteatose, esteato-hepatite, fibrose e cirrose. As alterações crônicas, principalmente a esteato-hepatite e fibrose, são as formas encontradas com maior relação com o uso excessivo de álcool, podendo propiciar à cirrose tardiamente. A esteatose simples é uma doença reversível em casos de abstinência de álcool por algumas semanas. Entretanto, cerca de 20% dos pacientes com essa lesão hepática, em um período de 10 anos, tem risco de desenvolver fibrose ou cirrose. Outra alteração observada em alguns alcoolistas é a esteato-hepatite, que também pode ocasionar em cirrose, devido à indução pelo processo fibrogênico. Essa lesão é um processo reversível, porém pode haver persistência de fibrose.

Com relação às fibroses hepáticas, é descrito que, quanto mais espessas, mais sugestivo de terem sido provocadas por álcool. Ao que se refere a esteatose, é relatado que as lesões começam a se resolver totalmente dentro de 6 a 8 semanas por efeito de lipases hepáticas. Por fim, é concluído pelos autores que, mesmo com todos esses achados prescritos, o uso de biópsias e de exames histopatológicos são dispensáveis para o diagnóstico da maioria das DHA, mas se fazem bastantes úteis para definir o tratamento e o estadiamento de pacientes com esteato-hepatite, degeneração espumosa relacionada ao álcool e esteatose hepática relacionada ao álcool com colestase (ROTH & QIN, 2019).

## Diagnóstico e tratamento das lesões hepáticas

Como forma de medir o dano hepático associado à história alcoólica do paciente, são

feitos exames com biomarcadores específicos, a fim de identificar especificamente álcool e seus metabólitos e estimar variáveis do período de tempo da bebida recentemente ingerida. Testes laboratoriais não específicos, como elevação das enzimas hepáticas, elevação da bilirrubina, gama-glutamil transferase (GGT), e a presença de uma anemia macrocítica, podem sugerir o uso de álcool, mas por conta própria são inadequados para estabelecer o uso de álcool na hepatite alcoólica por causa da miríade e de outras causas e contribuintes para sua anormalidade. É importante ressaltar que resultados positivos de biomarcadores de álcool não são evidências por conta própria de um distúrbio e nunca devem ser usados isoladamente para confirmar ou refutar uso de álcool, mas devem ser interpretados no contexto de outros testes laboratoriais, exposição mental, exame físico, história do paciente e entrevista clínica. Desta forma, o teste de biomarcador pode ser usado como um catalisador para conversas adicionais e conexão com o tratamento (MELLINGER & WINDER, 2019).

O prognóstico das DHA, principalmente o da hepatite alcoólica aguda, ocorre por um sistema de pontuação baseado na gravidade da doença para estabelecer o possível tratamento do paciente. Os principais são (IM, 2019):

**I.** Função discriminante de Maddrey (FDM): é o mais usado e altamente sensível para pacientes com risco de mortalidade precoce, sendo calculado pelo tempo de protrombina e pela bilirrubina total.

**II.** MELD (Modelo para Doença Hepática Terminal): Avalia a sobrevida em pacientes com cirrose e hepatite alcoólica aguda. É calculado baseado na bilirrubina, creatinina e tempo de protrombina.

**III.** Glasgow: Avalia a mortalidade em pacientes com hepatite alcoólica aguda. É calculado com base na bilirrubina, ureia, tempo de protrombina e leucócitos.

Ainda segundo IM (2019), as terapias médicas mais indicadas são: a abstinência alcoólica, a nutrição devido à grande maioria dos pacientes apresentarem déficit proteico-calórico significativo e a terapia com corticosteroides que se dá pela administração de prednisolona que se revelou benéfica em termos de mortalidade nos doentes com FDM maior ou igual a 32. Nos casos graves pode ser prejudicial e, por isso, deve-se suspender o corticoide, que deve ser calculado no sétimo dia do score de Lille, outro sistema de pontuação que não responde a terapia com corticoides.

## Nutrição na doença hepática alcoólica

Segundo Styskel *et al.* (2019), pacientes com doença hepática alcoólica apresentam risco aumentado de desnutrição, com prevalência variando de 50% a 90% entre pacientes com cirrose e chegando a 100% em pacientes com icterícia e HA. Complicações da doença hepática, como encefalopatia, ascite e síndrome hepatorrenal estão relacionados aos casos mais graves de desnutrição.

Os principais mecanismos que contribuem para a desnutrição envolvem uma dieta rica em carboidratos (álcool) e geralmente pobre em proteínas, gorduras e micronutrientes, alterações na microbiota intestinal e na permeabilidade intestinal que diminuem a absorção de nutrientes, diminuição do volume gástrico provocado pela ascite o que aumenta a saciedade de forma mais rápida, alteração da percepção

olfativa e gustativa e alterações hormonais de apetite. O estado nutricional deve ser avaliado por meio de exames físicos e laboratoriais através da avaliação subjetiva global (SGA), medidas antropométricas, níveis de proteína sérica, avaliação do sistema imunológico, força muscular, IMC e índice de creatinina.

O tratamento envolve a interrupção do uso de álcool, aporte adequado de calorias e proteínas e suplementação de deficiências nutricionais. A desnutrição em doenças hepáticas resulta em maior mortalidade e hospitalização, dessa forma um acompanhamento adequado é essencial para a redução de complicações.

## CONCLUSÃO

Nos artigos avaliados, foi possível observar que o estresse psicológico e a ansiedade, de fato, são fatores desencadeantes do consumo abusivo do álcool, que por sua vez, a longo prazo, gera lesões hepáticas variadas e algumas dessas, irreversíveis. Nesse viés, é válido ressaltar que ainda há poucos estudos que têm feito correlações diretas entre as lesões hepáticas e as alterações psicológicas. É necessário, dessa forma, que mais estudos acerca do tema sejam realizados a fim de não só reforçar o estabelecimento dessa relação, mas também, de recrutar demais conhecimentos científicos que agreguem no embasamento do combate ao alcoolismo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUHA, R. *et al*. Alcoholic liver disease. World Journal of Hepatology, v. 4, p. 81, 2012.

CHAVARRIA, J. *et al*. Decomposing the relationship between anxiety sensitivity and alcohol use. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, v. 76, p. 957, 2015.

IM, G.Y. Acute Alcoholic Hepatitis. Clinics in Liver Disease, v. 23, p. 81, 2019.

KOURKOUMPETIS, T. & SOOD, G. Pathogenesis of alcoholic liver disease: an update. Clinics in Liver Disease, v. 23, p. 71, 2019.

LUCEY, M.R. Alcohol-associated cirrhosis. Clinics in Liver Disease, v. 23, p. 115, 2019.

MELLINGER, J.L. & WINDER, G.S. Alcohol use disorders in alcoholic liver disease. Clinics in Liver Disease, v. 23, p. 55, 2019.

MINCIS, M. & MINCIS, R. Álcool e o fígado. GED - Gastroenterologia Endoscopia Digestiva, v. 30, p. 152, 2011.

MORLEY, K.C. *et al*. Is specialized integrated treatment for comorbid anxiety, depression and alcohol dependence better than treatment as usual in a public hospital setting?. Alcohol and Alcoholism, v. 51, p. 402, 2016.

MULIA, N. *et al*. Economic loss and alcohol consumption and problems during the 2008 to 2009 US recession. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, v. 38, p. 1026, 2014.

NOURSE, R. *et al*. College binge drinking and its association with depression and anxiety: a prospective observational study. East Asian Archives of Psychiatry, v. 27, p. 18, 2017.

OBEID, S. *et al*. Factors associated with alcohol use disorder: the role of depression, anxiety, stress, alexithymia and work fatigue-a population study in Lebanon. BMC Public Health, v. 20, p. 1, 2020.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em:<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639/>. Acesso em: 25 set. 2020.

PUCCI, M. *et al*. Environmental stressors and alcoholism development: Focus on molecular targets and their epigenetic regulation. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, v. 106, p. 165, 2019.

RODRIGUEZ, L.M. *et al*. Alcohol use among concerned partners of heavy drinking service members and veterans. Journal of Marital and Family Therapy, v. 44, p. 277, 2018.

ROTH, N.C. & QIN, J. Histopathology of alcohol-related liver diseases. Clinics in Liver Disease, v. 23, p. 11-23, 2019.

STYSKEL, B. *et al*. Nutrition in Alcoholic Liver Disease: An Update. Clinics in Liver Disease, v. 23, p. 99, 2019.

# CAPÍTULO 32

# TRANSTORNO DE PERSONALIDADE EM ENFERMEIROS (AS): ANÁLISE A PARTIR DA SÉRIE "NURSES WHO KILL"

*Palavras-chave: Psicopatas; Serial killer; Enfermagem; Criminologia*

RITA TRACZ[1]
ANA FLÁVIA GONÇALVES[1]
LUANA LIMA BOSCA[1]
TAISA CAROLINE METRING DE MATOS[1]
GABRIELE DE VARGAS MARCOVICZ[2]

1. Discente - Enfermagem do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais-CESCAGE.
2. Docente – Departamento de Enfermagem do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais-CESCAGE.

## INTRODUÇÃO

Psicopatas não são categorizados como doentes mentais, mas como uma insólita personalidade. São pessoas que possuem ausência de emoção, sentimentos e empatia. O termo psicopatia foi descrito inicialmente pelo psiquiatra americano Hervey M. Cleckley, em 1941, definindo que "a psicopatia consiste num conjunto de comportamentos e traços de personalidade específicos. Encantadoras à primeira vista, essas pessoas geralmente causam boa impressão e são tidas como "normais" pelos que as conhecem superficialmente" (LILIENFELD & ARKOWITZ, 2016; SILVA & PANUCCI, 2016).

Para a Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva, em seu livro "Mentes Perigosas – O Psicopata Mora ao Lado" (2018, p. 23), a psicopatia divide-se em graus: leve, moderado e grave. Trapaças, pequenos golpes, mas sem o intuito de matar suas vítimas, são objetivos dos indivíduos com a psicopatia mais branda. Os demais apresentam métodos cruéis, sofisticados, com sensação de prazer ao realizar os seus atos brutais.

Traços de disfunção neurológica, traumatismos, em especial os ocorridos no lobo frontal, ambiente social opressor, são alguns dos fatores que podem influenciar e potencializar as ações de um psicopata serial. Na infância, desordens como crueldade e abuso dos animais, incontinência urinária em idade desenvolvida, compulsividade pelo fogo (piromania), podem ser percebidas. Além do isolamento utilizado para gerar fantasias e devaneios que quase sempre são compulsivas e obscuras (SOARES, 2018; MUELLER, 2011; CASOY, 2008).

Existem seis fases do serial em relação às vítimas: a áurea, a caça, a galanteadora, a armadilha, a morte da vítima e por último a depressão após o crime. Dessarte, o estudo aborda de maneira detalhada o ciclo peculiar dos enfermeiros (as) psicopatas seriais analisados. Além das fases, os mesmos, possuem um Modo Operandi, um ritual e uma assinatura. O modo é a maneira de agir e executar o plano. O ritual é o comportamento ligado às fantasias da infância do mesmo e tem caráter do desenvolvimento psicossexual. E a assinatura seria uma marca que deixa na vítima, pode ser uma digital, um corte diferente, permanecer no local do crime mais tempo, um determinado medicamento ou estar sempre no local quando ocorrem os incidentes, conforme retratado na série em questão (WANDERLEY *et al.*, 2004; CORDEIRO & MURIBECA, 2017).

A série "*Nurses Who Kill"* foi lançada no ano de 2016, pela plataforma Netflix[1].Contém uma temporada com dez capítulos que contam histórias reais, com dramatizações e gravações policiais. Peritos médicos, criminais e psicológicos, analisam as motivações e métodos usados. Qual seria a motivação por trás de todos esses acontecimentos? Representariam indivíduos com problemas mentais? Qual o grau de psicopatia que se enquadram?

O objetivo desse estudo foi analisar o comportamento dos enfermeiros (as) aludidos na série "*Nurse Who Kill*", o modo como escolhiam suas vítimas, o procedimento usado para assassiná-las e a expressão dos mesmos, diante da investigação policial, conforme as

[1] A Netflix é um serviço de transmissão online que permite aos assinantes assistir a uma ampla variedade de séries, filmes e documentários premiados em milhares de aparelhos conectados à internet. Pode assistir ao conteúdo de forma ilimitada e sem comerciais (NETFLIX).

gravações. Com o presente estudo espera-se contribuir com as discussões acerca da figura do psicopata e seus efeitos negativos e desumanos que atingem a sociedade.

## MÉTODO

Como instrumento metodológico, empregaram-se elementos da análise comportamental, observacional, e a utilização da Escala PCL-R (*Psychopathy Checklist*), de autoria Robert Hare, 1991 e validada no Brasil por Morana, 2004 (AMBIEL, 2009; MORANA, 2004).

A Escala avalia vinte elementos que caracterizam um psicopata: charme superficial; autoestima inflada; necessidade de estimulação/tendência ao tédio; mentira patológica; controle/manipulação; falta de remorso ou culpa; afeto superficial; insensibilidade/falta de empatia; estilo de vida parasitário; frágil controle comportamental; comportamento sexual promíscuo; problemas comportamentais precoces; falta de metas realísticas em longo prazo; impulsividade; irresponsabilidade; falha em assumir responsabilidade; muitos relacionamentos conjugais de curta duração; delinquência juvenil; revogação de liberdade condicional; e versatilidade criminal (MORANA, 2004; MORANA *et al.*, 2006).

Foram utilizados para a análise os dez enfermeiros (as) psicopatas seriais killers referidos (as) pelos seus nomes verídicos, sendo eles (as): Beverley Allitt, Ben Geen, Genene Jones, Daniela Poggiali, Stephan Letter, Kimberly Saenz, Niels Hogel, Colin Norris, Victorino Chua e Charles Cullen. Cada episódio apresentado é referente a um indivíduo contendo sua história de vida, as fases e os métodos dos crimes, assim como o número de vitimados conforme as Quadro 1 e 2.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Definiu-se a categoria dos "Heróis" e nessa categoria obtiveram-se os subtítulos de "Super camuflados" e o "Super vis", descritos a seguir.

### Heróis

Nessa categoria enquadram-se indivíduos com personalidades insólitas que fazem a sua existência equiparar-se excepcionalmente. Afinal quem não quer ser lembrado por uma atitude heroica? Entretanto aqui falaremos de sujeitos que elaboravam situações para serem vistos como sublimes, onde o matar gerava a adrenalina e o ápice do prazer.

Segundo Silva (2018), em seu livro "Mentes Perigosas o Psicopata Mora ao Lado", os psicopatas apresentam uma visão supervalorizada de si, de seus valores e importância, uma visão narcisista, em que eles são o centro do universo, superiores aos demais, e isso lhes possibilita viver de acordo com suas próprias regras.

### I. Super camuflados

"Os psicopatas não vão ao trabalho; vão à caça" (SILVA, 2018, p. 107). Camuflam-se de pessoas responsáveis, agradáveis, pontuais, dedicadas, prestativas, sorridentes, amorosas, e muito competentes. Utilizam-se de suas atividades profissionais para conquistar respeito, valorização, poder e controle sobre as pessoas, isso os leva a se disfarçarem socialmente dos delinquentes e marginais que em sua aparência denotam indivíduos perigosos (SILVA, 2018).

O Quadro 1 apresenta os cinco primeiros nomes dos enfermeiros (as) psicopatas que se aproveitaram da vulnerabilidade dos pacientes e utilizaram-se da profissão do cuidado para aplicar seus mais brutais e ardilosos planos por pura diversão com o sofrimento dos pacientes. Todos os descritos continuam vivos e a maioria com prisão perpétua. Estão descritos os nomes, número de vítimas, modus operandi, assinatura, comportamento e o ano da prisão. A seguir será apresentada a categoria dos "super camuflados" no Quadro 32.1:

**Quadro 32.1.** Super camuflados

| NOME | NÚMERO DE VÍTIMAS | MODUS OPERANDI | ASSINATURA | COMPORTAMENTO | PRISÃO |
|---|---|---|---|---|---|
| Beverley Allitt (Grantham - Inglaterra) | Escolheu as crianças de famílias carentes, sendo 4 óbitos e mais 7 com sequelas graves. | Injeção contendo Insulina. | A presença em todos os plantões no Hospital quando as crianças evoluíam ao óbito. | Gentil, atenciosa, muita dedicada ao trabalho, era prestativa, entusiasmada, inteligente gostava de ser o foco das atenções. | No ano de 1993, foi presa e condenada a 30 anos. |
| Benjamin Geen (Banbury - Inglaterra) | Escolheu os idosos matando 2 pacientes e deixando sequelas graves em mais 15 pacientes. | Aplicava-lhes Midazolam e Vecurônio. | Foram encontrados restos desses medicamentos em suas roupas. | Gostava da ação, era muito prestativo, entusiasmado, inteligente e o foco das atenções. Encantador sabia identificar as crises. | Desde o ano de 2004 está cumprindo prisão perpétua. Declarando-se inocente. |
| Genene Jones (Texas- Estados Unidos) | Um total de 11 crianças vieram a óbito sob seus cuidados. | Injeção com Heparina e Succinilcolina. | Roubo de objetos dessas crianças em cemitérios. | Tinha suas próprias regras e não lidava bem com autoridades e questionamentos. Esperta, narcisista e manipuladora, buscou atenção das famílias mais carentes. | Em 1982 foi presa, é fria, calculista e ausência de remorso. |
| Kimberly Saenz (Massachusetts, EUA) | Foi condenada por 5 assassinatos. | Injeção contendo água sanitária em pacientes dialisados. | Seringas com água sanitária em sua bolsa e pesquisa na internet sobre envenenamento | Calma, manipuladora, estava sempre sorrindo, fazia piadas, mãe de 2 filhos, frequentava a igreja, ausência de culpa ou remorso e de empatia. | Sentenciada a prisão perpétua no ano de 2012. |
| Stephan Letter (Herdecke - Alemanha) | Mais de 83 pacientes morreram sob seus cuidados. Foi condenado por matar 28 pessoas, adultos e idosos. | Injeção contendo anestésicos e posteriormente a Succinilcolina. | Estava de plantão todas as vezes e o roubo de medicamentos. | Pessoa fria, manipuladora, extremamente calculista, dificuldade em simpatia e empatia, e, um nível elevado de isolamento e manipulação. | Preso em 2004 disse que sentia pena das vítimas alegou sendo mortes piedosas. |

## II. Super vis

"Existe uma fração minoritária de psicopatas com uma insensibilidade tamanha que suas condutas criminosas podem atingir perversidades inimagináveis" (SILVA, 2018 p. 80). É importante mencionar que os psicopatas são manipuladores, frios,

calculistas, perigosos e que desprezam a vida humana e são capazes de torturar e mutilar suas vítimas (SILVA, 2018).

Sempre demonstram indiferença e a diversão com seus atos brutais que levam a um misto de satisfação, prazer e sensação e poder sobre as vítimas. As mesmas são consideradas como objetos que satisfazem o prazer desses psicopatas e por onde passam deixam rastros de destruição e desordem (SILVA, 2018).

Durante o percurso dos indivíduos aqui descritos nesse subtítulo é possível perceber que a maioria teve grandes problemas com violências durante a infância, entretanto não se deixe enganar, pois um indivíduo não se torna psicopata ele é psicopata desde sua formação e já vem com essa personalidade. Os mesmos não tem consciência, mas estão conscientes de tudo o que realizam para prejudicar o outro, e o fazem sem o menor sentimento de culpa, pois não o possuem (SILVA, 2018). O Quadro 32.2 apresenta as características dos Super vis.

**Quadro 32.2.** Super vis

| NOME | NÚMERO DE VÍTIMAS | MODUS OPERANDI | ASSINATURA | COMPORTAMENTO | PRISÃO |
|---|---|---|---|---|---|
| Daniela Poggiali (Itália) | Foi responsável por mais de 93 mortes de pacientes idosos. | Utilizava injeção com o Cloreto de Potássio. | Fala de forma sútil sobre matar os pacientes e evidências no equipo | Era a palhaça da ala, alegre, cheia de energia, dedicada ao trabalho, com boa formação, por meio de seu humor ácido era obcecada por fotos, onde sorria e gargalhava com os polegares positivos ao lado de pacientes terminais ou já falecidos. | Foi condenada à prisão perpétua no ano de 2014 apresentando ausência de culpa ou remorso e tornou-se uma celebridade na prisão. |
| Colin Norris (Milton - Escócia) | 4 pacientes idosas. | Injeção contendo insulina. | Todas as vezes estava de plantão. | Manipulador habilidoso, dizia querer fazer a diferença e sendo dedicado tanto no estudo como no trabalho os colegas gostavam dele. | Está preso desde o ano de 2008, demonstrando arrogância exacerbada, manipulação da cena e ataques histéricos de raiva. |
| Niels Hogel (Wilhelmshaven - Alemanha) | Não possuía um padrão de vítimas. Já são 30 o número de óbitos e as exumações dos corpos continuam e a contagem de vítimas sempre aumenta. | Seu método foi aplicar um medicamento para o coração de nome alemão Algemin 10 g. | Rastros de vários frascos dessa droga na lixeira e a fala em expressar-se sobre ser o herói do paciente. | Narcisista, com orgulho da profissão gostava de ser o foco das atenções. Apresentava problemas familiares e viu-se dependente de medicamentos e uso de álcool. | Desde o ano de 2008 está preso. |
| Victorino Chua (Manchester - Inglaterra) | 2 pacientes morreram e deixou sequelas graves em mais 19. | Sua arma de escolha foi a aplicação de insulina em bolsas de soro fisiológico. | Insulina nas bolsas de soro. | Victorino era estressado, e tinha um complexo de superioridade, sentia-se muito importante e acreditava ser melhor que outros. | Condenado à prisão perpétua no ano de 2015. |
| Charles Cullen (Nova Jérsei - EUA) | Seu padrão era adultos e idosos. Admitiu 40 mortes, mas investigações mostram que podem ultrapassar 400. | Utilizou a injeção contendo digoxina e em outros a insulina. | Presença em todos os plantões que ocorriam as mortes. | Sofreu bullying toda a infância tentou suicídio duas vezes, viu-se no álcool. Só admitiria as mortes caso fosse convencido. | Preso em 2003, não aceita o título de 'serial killer' por acreditar que é diferente. |

## CONCLUSÃO

Compreende-se que esses indivíduos estão bloqueados em sentir qualquer fragmento de emoções, portanto impossibilitados do vínculo afetivo. Além de não sentirem culpa e remorsos pelos danos causados independem de seguir regras da sociedade, a não ser as próprias, respeitando suas exigências, escopos, desejos e quanto mais elevado é o risco que experienciam maior é o prazer gerado. Por isso, agem com frieza, esperteza, calculando os mínimos detalhes e a manipulação da cena.

Os profissionais da enfermagem aqui apresentados possuíam boa formação, entretanto aproveitaram-se da vulnerabilidade dos pacientes para praticar os seus métodos cruéis. A partir dessa análise, pondera-se que essa condição não é inerente da profissão e sim de psicopatas seriais killers que escolheram essa carreira para facilitar o acesso as vítimas, portanto não representando a classe.

Importante mencionar que esses indivíduos estão em todas as profissões e não somente na enfermagem, mas por desconhecimento acerca do tema, bem como, o nível de suas perversidades por vezes ser mais branda, passam despercebidos. Ademais, a temática demanda novos estudos sobre as maneiras de perceber e sobreviver ao se deparar com psicopatas e possíveis seriais killers.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASOY, I. Serial Killer – Louco ou Cruel? Ed. Ediouro. 2 ed. São Paulo, p. 1-434, 2008

CORDEIRO, C.H.C. & MURIBECA, M.M.M. Assassinos em série: da necessidade de uma política criminal para os psicopatas, Revista Direito Mackenzie, v. 23, p. 1, 2017.

HARE, R.D. Sem consciência o mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós. Artemed: Porto Alegre, p. 1-240, 2013

LILIENFELD, S.O. & ARKOWITZ, H. O que é um psicopata? Disponível em: https://revistamentecerebro.uol.com.br/artigos/o_que_e_um_psicopata_.html. Acesso em: 5 jul. 2020.

MORANA, H.C.P. *et al*. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers Personality disorders, psychopathy and serial killers, Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 28, p. 574, 2006.

MORANA, H.C.P. Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos de personalidade; transtorno global e parcial. 2003. 199 p. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MUELLER, R. S III. Serial Murder: Multi-Disciplinary Perspectives for Investigators. Us Department of Justice, Ed. National Center for the Analysis of Violent Crime, Quântico, Virginia- Estados Unidos, p. 1-71, 2011

NETFLIX. Disponível em: https://www.netflix.com/br/. Acesso em: 01 jul. 2020 a 30 jul. 2020.

SILVA, A.B.B. Mentes perigosas o psicopata mora ao lado. 3ª ed, Principium: São Paulo, 2018. p. 288.

SILVA, T.C.O.A. & PANUCCI, J.A.A. A mente psicopática do serial killer. ETIC - Encontro de Iniciação Científica, v. 21, p. 1, 2016.

SOARES, C.F. O serial killer e o Direito Penal Brasileiro. 2018. 31 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) - Universidade Federal de Lavras 2018.

WANDERLEY, A.C. *et al*. Prazer, meu nome é morte. Na vida real ou na ficção, a satisfação mórbida no sofrimento do outro gera polêmica. Eclética, p. 12-16, 2004.

# CAPÍTULO 33

# AS VANTAGENS DA UTILIZAÇÃO DA QUETAMINA NA TERAPÊUTICA COGNITIVA-EMOCIONAL DA DEPRESSÃO RESISTENTE NA SOCIEDADE MODERNA

*Palavras-chave: Quetamina, Depressão Resistente; Psiquiatria*

LARISSA REZENDE LIMA PEREIRA[1]
MAYRA LOURES DE OLIVEIRA[1]
ANDRÉ LUIS FERREIRA SIQUEIRA[1]
CAIQUE PEREIRA DE PAIVA[3]
CARLOS EDUARDO CORRÊA LOUZADA[2]
DÉBORA RIBEIRO DUTRA[1]
JONAS EDUARDO DO PRADO NASCIMENTO[4]
JÚLIA ALVES DE PAROLIS[2]
LAION ROBERTO FERREIRA DA SILVA[2]
LÍVIA PIERAZOLI DE CARVALHO GUERRA[2]
MANUELA MOREIRA GUERREIRO[5]
MARIA MARIANA ABRAS FERREIRA[1]
PEDRO HENRIQUE FONSECA NOGUEIRA[2]
SÉRGIO ÍTALO BLASI NETO[2]
STEFÂNIA MARIA MAGALHÃES DE CARVALHO[2]

1. Discente - Centro Universitário de Caratinga.
2. Discente – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
3. Discente – Centro Universitário Claretiano.
4. Discente – Universidade do Vale do Sapucaí.
5. Discente – Faculdade de Medicina de Taubaté.

## INTRODUÇÃO

Conhecida como uma séria questão de saúde pública que acomete boa parcela da população brasileira no século XXI, a depressão é considerada uma das patologias mais recorrentes. Por ser um distúrbio do Sistema Nervoso Central (SNC), a mesma pode ocasionar alterações de humor, irritabilidade, modificações cognitivas, fadiga, desinteresse, angústia, manifestações somáticas, além de desestímulo a qualquer atividade laboral. Nesse contexto, a doença vem se apresentando como um problema socioeconômico preocupando, pois provoca danos significativos no desempenho global dos indivíduos acometidos (CARDOSO, 2018; MAGALHÃES *et al*., 2018; REIS *et al*., 2016; VASCONCELOS *et al*., 2015; PEIXOTO, 2020; FELICIANO & MORETTI, 2015; RAZZOUK, 2016).

Os motivos que levam ao aparecimento do quadro são, ainda, muito discutidos. Mas, sabe-se hoje que a interação gene-ambiente é um fator que influencia nos aparecimentos dos casos, além de ser fundamental para auxiliar no esclarecimento acerca da variabilidade de reações a um episódio estressor (CARDOSO, 2018). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 350 milhões de pessoas são acometidas por esse transtorno mental. Desse modo, a patologia em questão gera consideravelmente, um elevado custo na saúde com seu tratamento, uma vez que a cronicidade e a refratariedade da doença é muito recorrente (CARDOSO, 2018; MAGALHÃES *et al*., 2018; DARÉ & CAPONI, 2017; RAZZOUK, 2016).

Atualmente, existem alguns medicamentos utilizados no tratamento da depressão, que são inseridos em classes de acordo com o seu mecanismo de ação, como os antidepressivos tricíclicos (ADTs), os inibidores monoaminoxidase (IMAOs), os inibidores seletivos da recaptação de seretonina (ISRSs), os inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (IRSNs), os antidepressivo noradrenérgico e serotonérgico específico (NaSSA), os inibidores da recaptação de norepinefrina e dopamina (IRNDS), o estimulador do receptor de melatonina e antagonista do receptor serotonérgico $5HT_{2c}$ e $5HT_{2b}$, estimulador e modulador de serotonina. Os fármacos dessas classes, atuam na química cerebral favorecendo o equilíbrio dos efeitos terapêuticos esperados (CARDOSO, 2018; LELIS *et al*., 2020; QUEVEDO *et al*., 2019).

Nesse cenário, devido ao aumento significativo de casos dessa doença, pesquisadores têm investido cada vez mais em novidades no tratamento para esse transtorno mental (CARDOSO, 2018). Dessa forma, alguns estudos avaliam a eficácia da Quetamina, ou Cetamina como também é chamada, no tratamento direto da depressão, uma vez que é representada pela classe dos antagonistas de receptores do aminoácido N-metil D-Aspartato (NMDA) obtendo uma grande significância dos agentes glutamatérgicos na doença (CARDOSO, 2018; FRANCO *et al*., 2020; MACÊDO *et al*., 2019).

Por ser uma substância com elevada atividade antidepressiva, a quetamina possui uma função à nível cerebral, elevando a neurotrofina, auxiliando o acréscimo da plasticidade no córtex pré-frontal e hipocampo, o que favorece modificações moleculares para uma transformação comportamental no paciente com depressão persistente. Em contrapartida, até o momento, sua atuação neuropsicológica não são

reconhecidos em sua totalidade (CARDOSO, 2018).

Diante do exposto, o presente trabalho buscou identificar os efeitos benéficos da Quetamina no tratamento de pacientes com depressão grave. Desse modo, notou-se que a atividade dos fármacos utilizados na terapêutica da doença à longo prazo, vem diminuindo, uma vez que é bem comum a necessidade de associação medicamentosa. Portanto, torna-se preciso estudos mais aprofundados acerca de novas classes farmacológicas que favoreçam a terapia da depressão.

## MÉTODO

O trabalho abordado trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que aborda os benefícios do tratamento com a Quetamina na depressão resistente e a importância de estudos acerca do tema para uma possível aprovação da utilização terapêutica na saúde mental no Brasil. Por ser uma doença cuja terapia se dá por resultados de longa data, o medicamento em questão apresenta um mecanismo de ação fundamentado em possuir repercussões positivas quando comparado aos antidepressivos convencionais, além disso, foram abordados o diagnóstico e o tratamento, tudo isso buscando demonstrar um cuidado amplo dessa patologia que atinge tanto atinge a sociedade moderna. A busca bibliográfica constará de artigos de revistas científicas e sites oficiais da área da saúde como em bancos de dados como: SciELO, PubMed e Google Acadêmico. Artigos em língua portuguesa e inglesa publicados, preferencialmente, entre os períodos de 2015 a 2020 serão incluídos como critério de seleção. Foram utilizados 20 artigos com os seguintes descritores: Quetamina, Depressão resistente e Psiquiatria.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A contemporaneidade é marcada por diversos avanços, tanto em tecnologias, quanto em pesquisas realizadas pela indústria farmacêutica de novos medicamentos, que são importantes no tratamento de diversas doenças. Em virtude dessa evolução e da busca constante por inovações, notou-se a atuação favorável dos agentes glutamatérgicos na depressão, como a Quetamina que é um fármaco que possui essa respectiva característica (CARDOSO, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2018).

Nesse sentido, esse fármaco apresenta em sua composição o glutamato antagonista do receptor NMDA que é proveniente do cloridato de fenciclidina, demonstrando repercussões positivas no tratamento da depressão. Além disso, a Quetamina apresenta como mecanismo de ação, bloquear os receptores NMDA em interneurônios Gabaérgicos desinibindo os neurônios do glutamato e posteriormente, favorecendo o acréscimo do disparo de neurônios dopaminérgicos (CARDOSO, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2018; SANTANA, 2017; MACÊDO *et al.*, 2019).

O glutamato e seus receptores, por apresentarem atuação principal como neurotransmissor na hiperexcitabilidade central do cérebro, possuem funções de plasticidade sináptica e de proporcionar melhora no desenvolvimento neurológico da cognição, da recompensa e do humor. Além disso, pode possuir ações neutróficas como na diferenciação, na função, no crescimento e na manutenção da células nervosas, em relação a efeitos da neurodegeneração pode ainda desempenhar danos e até a morte dessas células, as quais secretam o glutamato que se agrega nos receptores e, logo, são retirados

por transportadores de receptação (CARDOSO, 2018; FRANCO *et al*., 2020).

Normalmente, indivíduos que sofrem com depressão resistente, já utilizaram diversas classes de fármacos antidepressivos, por isso, nota-se que esses medicamentos diminuem, devido o uso crônico, a transcrição de RNA mensageiro (mRNA) do receptor NMDA, o que não acontece com a utilização da Quetamina, que possui início rápido, boa tolerabilidade e alta eficácia (CARDOSO, 2018).

Ademais, foi observado, ainda, que indivíduos que cometem suicídio e são depressivos, possuem uma queda da manifestação do receptor NMDA no hipocampo, o que revela uma variação no sistema glutaminérgico. Além disso, esses pacientes também apresentam um crescimento na produção de citocinas pró-inflamatórias, e por ser uma inibidora de respostas inflamatórias, a Quetamina facilita a ação de queda na produção dessas substâncias pró-inflamatórias, proporcionando bons resultados na terapêutica da doença (CARDOSO, 2018).

É observado que a depressão pode se apresentar em quatro conjuntos de sintomas, sendo eles, emocionais, cognitivos, motivacionais e físicos. Para realizar o diagnóstico dessa doença, que é considerada como um transtorno de humor, o paciente precisa manifestar todos os quatro sintomas, entretanto, a gravidade e a certeza de sofrimento do indivíduo acometido é proporcional à quantidade de sinais evidenciados na vida do mesmo. Além disso, ter um bom conhecimento da intensidade e a duração desses acometimentos, favorecem para estabelecer um diagnóstico preciso, excluindo outras patologias (RUFINO *et al*., 2018).

De acordo com a gravidade e da frequência das manifestações dos sintomas, o diagnóstico da depressão pode ser dividido em alguns grupos distintos, como depressão recorrente leve, moderada, grave, grave com sintomas psicóticos, atualmente em remissão, atípico e outros transtornos depressivos (CAMPOS & FEITOSA, 2018).

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana (*American PsychiatricAssociation* - APA) para estabelecer uma parámetro para diagnóstico da depressão, foi desenvolvido o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM), que tem o objetivo de dividir os transtornos mentais em diversos parâmetros para diagnosticá-los, devendo ser aplicado pela equipe da área da saúde mental nos pacientes (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

Desse modo, é preconizado pelo DSM, que para haver o diagnóstico da depressão, o paciente deve apresentar entre o período de duas semanas, no mínimo cinco sinais clínicos como: a) Pensamentos recorrentes de morte ou ideações suicidas; b) Capacidade reduzida para pensar ou se concentrar; c) Sensação de inutilidade ou culpa exacerbada; d) Cansaço ou falta de energia; e) Agitação ou retardo psicomotor; f) Hipersonia ou insônia; g) Perda ou ganho considerável de peso; h) Intensa redução no interesse ou prazer em realizar atividades cotidianas; i) Humor deprimido em grande parte do tempo, praticamente todos os dias (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

É notório que nessa doença, ocorrem algumas modificações de certas substâncias no sistema nervoso central, sobretudo a serotonina e a noradrenalina. Existem situações em que os sintomas podem evoluir para a cronicidade e também possuir uma gravidade maior, sendo inevitável a expansão

do tratamento com antidepressivos e a associação da psicoterapia, com a tentativa de inibir as crises. Em casos de menor gravidade, o paciente pode obter um bom retorno terapêutico quando utilizar drogas fitoterápicas (RUFINO *et al*., 2018).

Os pacientes acometidos pela patologia em questão possuem uma certa dificuldade em obter resultados rápidos, pois o tratamento utilizado é de longa data, por isso, os mesmos costumam não aderir adequadamente à medida farmacológica, sendo necessário a introdução de outros métodos como a psicoterapia e a eletroconvulsoterapia (ECT) (MAGALHÃES *et al*., 2018).

Desse modo, é evidente que as psicoterapias possuem ação direta no sistema neural, ocasionando variações no parâmetro da comunicação sináptica de maneira similar aos resultados gerados por drogas psicotrópicas, uma vez que é a zona que recebe diretamente às intervenções farmacológicas e psicológicas (FELICIANO & MORETTI, 2015; CAROLI & ZAVARIZE, 2016; ROCHA *et al*., 2016). Já a ECT possui a função de auxiliar através da redução dos principais sintomas depressivos, como a evolução de algumas atividades neurocognitivas (concentração, inteligência geral, atenção, criatividade e raciocínio abstrato) (LOBATO, 2019; JOSÉ & CRUZ, 2019).

Como uma nova possibilidade de tratamento farmacológico, a Quetamina, atualmente, vem sendo estudada como uma droga de ação antidepressiva, já que a mesma estimula o sistema nervoso, através da intervenção neural e analgésica na terapia da dor e de doenças psiquiátricas. É um medicamento que atua diretamente na função dopaminérgica do indivíduo, devido a liberação de glutamato que irá ativar os neurônios dopaminérgicos, e, com isso, aliviar os sintomas de embotamento social e de anedonia (CARDOSO, 2018; FRANCO *et al*., 2020; PONCE & FUKUSHIMA, 2017).

Além disso, esse fármaco, distintivamente dos outros antidepressivos, possui uma boa tolerabilidade, grande eficácia, início de ação e absorção rápida, em torno de 5 a 15 minutos, sendo aplicada pela via intramuscular devido sua alta biodisponibilidade, não indicando a utilização pela via oral. Ainda, é notório que a Quetamina apresenta a capacidade de romper e adentrar a barreira hematoencefálica, uma vez que possui uma grande lipossolubilidade e diminuída aptidão de adesão às proteínas plasmáticas, podendo ser distribuída mais facilmente pelo sistema nervoso (CARDOSO, 2018; FRANCO *et al*., 2020; MACÊDO *et al*., 2019). Sendo assim, a dose utilizada do medicamento para efeito terapêutico da da depressão resistente, é de 0,5 mg / kg durante 30 a 40 minutos de infusão intravenosa (FRANCO *et al*., 2020).

Em contrapartida, uma desvantagem relevante é que a droga em questão possui uma durabilidade baixa de ação antidepressiva no organismo humano. Dessa forma, torna-se necessário sua aplicação semanal, com intuito de estender e de conservar uma resposta terapêutica eficiente no tratamento da depressão resistente. Apesar de todos os benefícios estudados acerca do uso da Quetamina no tratamento da depressão grave, o Brasil ainda não possui a aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no uso dessa medicação no tratamento desses doentes.

Nessa conjuntura, o médico que por ventura optar pelo uso da droga em seus pacientes depressivos, com o intuito de aliviar os sintomas, deve ser responsabilizado em casos de qualquer dano, sendo considerado

um erro médico, pois o medicamento é autorizado no país apenas para fins anestésicos (FRANCO *et al*., 2020).

Notoriamente, a utilização da Quetamina na depressão resistente, pode proporcionar inúmeros benefícios cognitivo-emocionais, melhorando a rememoração dos sintomas ocasionados pela patologia em indivíduos portadores (CARDOSO, 2018). Ademais, foi observado que o fármaco pode apresentar ainda, um grande potencial na diminuição de ideações suicidas, além de ocasionar uma melhora da reparação do sono REM (movimentos rápidos dos olhos), podendo elevar a distribuição de fator neurotrófico derivado do cérebro, aprimorando a plasticidade sináptica e as queixas depressivas (FRANCO *et al*., 2020).

## CONCLUSÃO

Com base na bibliografia deste estudo, o presente artigo aborda os benefícios da utilização da Quetamina no tratamento de pacientes com depressão resistente que não responderam efetivamente a terapêutica prolongada de outros medicamentos. A Quetamina auxilia no processo de redução da clínica do paciente por possuir uma ação direta no sistema nervoso, propiciando uma elevação da neurotrofina e do acréscimo da plasticidade no córtex pré-frontal e hipocampo, contribuindo com modificações moleculares para uma transformação comportamental.

Foi observado ainda, que a utilização da Quetamina na depressão resistente, pode possibilitar melhorias cognitivo-emocionais, agindo como um grande potencial na redução de ideações suicidas, além de gerar uma melhora da reparação do sono e diminuição das queixas depressivas. Além disso, é notório que a Quetamina possui uma boa tolerabilidade, grande eficácia e absorção rápida, devido sua grande biodisponibilidade, sendo uma boa opção para o tratamento da depressão resistente.

Dessa forma, como no Brasil seu uso ainda não é aprovado pela ANVISA, é necessário que haja um maior investimento em estudos acerca dos benefícios da medicação no tratamento da depressão. Portanto, compreender a sua ação, pode proporcionar aos pacientes acometidos pela doença uma terapêutica mais integralizada, viabilizando uma adaptação e reabilitação de competências cognitivas e emocionais, uma vez que o tema vem alcançando grande visibilidade no cenário psiquiátrico da sociedade moderna.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, F.A.A.C. & FEITOSA, F.B. Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA). 1ª ed. Curitiba: Appris; 2018.

CARDOSO, T.L. Funções Executivas em indivíduos com Depressão Resistente a Tratamento: Estudo dos efeitos neuropsicológicos do uso da Cetamina. 2018. 103 p. Programa de pós-graduação em psicologia. Dissertação (mestrado em psicologia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA, 2018.

CAROLI, D. & ZAVARIZE, S.F. A importância da psicoterapia no tratamento da depressão em idosos. Revista Faculdades do Saber, v. 1, 2016.

DARÉ, P.K.D. & CAPONI, N.S. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. Estudos Contemporâneos da Subjetividade, v. 7, p. 12, 2017.

FELICIANO, M.F.C. & MORETTI, L.H.T. Depressão, suicídio neuropsicologia: psicoterapia cognitivo comportamental como modalidade de reabilitação. O portal dos psicólogos, p. 1, 2015.

FRANCO, F.M. *et al*. Os efeitos do uso da cetamina em pacientes com depressão resistente ao tratamento. Projeto de Pesquisa. Centro Universitário de Anápolis, Anápolis - GO, v. 6, p. 36999, 2020.

JOSÉ, B.B. & CRUZ, M.C.C. Eletroconvulsoterapia como prática psiquiátrica: revisão de literatura. Archives of Health Investigation, v. 8, p. 628, 2019.

LELIS, K.C.G. *et al*. Sintomas de depressão, ansiedade e uso de medicamentos em universitários. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, v. 23, p. 9, 2020.

LOBATO, M.C. Preditores de Resposta a Eletroconvulsoterapia no tratamento da Depressão. 2019. p. 125. Dissertação (Mestre em Ciências Médicas) – Ciências Médicas da Universidade de Brasília, Brasília - DF, 2019.

MACÊDO, J.L. *et al*. Utilização da Cetamina no Tratamento da Dor Aguda/Crônica em Seres Humanos. Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v. 13, p. 169, 2019.

MAGALHÃES, J.Z. *et al*. Novas tendências do uso da cetamina nos transtornos de depressão: implicações no desenvolvimento da progênie. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, v. 18, p. 31, 2018.

PEIXOTO, N.C. Uso de medicamentos e excesso de peso corporal em pacientes com depressão. Revista Saúde e Meio Ambiente, v. 11, p. 312, 2020.

PONCE, F. & FUKUSHIMA, A.R. Aspectos Farmacológicos e Toxicológicos da Cetamina: Uma Revisão de Literatura. Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics, v. 6, p. 210, 2017.

QUEVEDO, J. *et al*. (organizadores). Depressão: Teoria e Clínica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 248 p.

RAZZOUK, D. Porque o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 25, p. 845, 2016.

REIS, C.O. *et al*. Efetividade do tratamento farmacológico se comparado ao tratamento com eletroconvulsoterapia em pacientes com depressão grave: revisão sistemática. Ciências da Saúde – Enfermagem Psiquiátrica - A prática interdisciplinar alimentado a Ciência, n. 18, 2016.

ROCHA, G.M.A. *et al*. Psicoterapia breve psicodinâmica de caso grave de depressão em serviço-escola: limites e alcance. Revista Unisinos – Contextos Clínicos, v. 9, p. 86, 2016.

RUFINO, S. *et al*. Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. Revista Saúde em Foco, v. 10, p. 837, 2018.

SANTANA, T.C.D. Avaliação do tratamento farmacológico convencional da depressão e as novas alternativas farmacoterapêuticas. Dissertação (Trabalho de Conclusão de Curso) – Repositório Institucional Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira – BA, 2017.

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.

# CAPÍTULO 34

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Palavras-chave: Processo de Enfermagem; Depressão; Transtorno Bipolar*

MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES[1]
BRUNA VICTÓRIA DA SILVA PASSOS[2]
MARIA EDUARDA PEREIRA CORREIA[2]
KAREN BEATRIZ OLIVEIRA DE ABREU[2]
INGRID RAQUEL LIMA[2]
EUKÁLIA PEREIRA DA ROCHA[3]
DOUGLAS VIEIRA DE OLIVEIRA[2]
WELLINGTON MACÊDO LEITE[2]

1. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.
2. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.
3. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar é uma doença grave, com múltiplas causas, crônica e está associada a significativos níveis de incapacidade e anos de vida perdidos (PANIZZUTTI, 2016). A doença possui não somente repercussões biológicas, como também sociais, uma vez que a qualidade de vida e relacionamentos interpessoais também podem ser afetados (ANYAYO *et al*., 2021).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) afeta cerca de 60 milhões de pessoas em todo o mundo (OPAS, 2021).

O TAB é caracterizado por episódios de hipomania ou mania, seguidos por períodos de normalidade do humor (eutimia), com presença ou não por episódios de depressão. Observa-se que a idade de maior incidência é entre o final da adolescência e início da vida adulta. Outro ponto é o período de depressão, mais prevalente do que a euforia, ocorrendo em até um terço do tempo da vida dos pacientes (FORLENZA *et al*., 2014).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), classifica a doença em transtornos bipolares do tipo I (um ou mais episódios maníacos ou episódios mistos) e tipo II (um ou mais episódios depressivos maiores acompanhados por, pelo menos, um episódio hipomaníaco), ciclotímicos (perturbação crônica e flutuante do humor) e aqueles sem outra especificação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Dentre as medidas terapêuticas às pessoas com TAB estão as farmacológicas, que são mais recorrentes e as não farmacológicas. Em relação à última medida, os principais mecanismos utilizados são os grupos de apoio, terapia focada na família, terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, dentre outras. Ademais, é importante estimular a adesão ao tratamento, pois é fundamental para aumentar a possibilidade de melhorar o prognóstico (SILVA *et al*., 2017). Nessa perspectiva, a Enfermagem exerce papel importante no que diz respeito à prestação de cuidados específicos da profissão, bem como na orientação e estímulo para a adesão às terapêuticas indicadas.

Assim, frente a tal conjuntura, convêm destacar que a Lei n° 10.216, 6 de abril de 2001 preconiza uma assistência hospitalar de forma integrada ao portador de transtorno mental com atendimentos médicos, de enfermagem, sociais, psicológicos, de lazer, dentre outros, com foco na interdisciplinaridade e integralidade do cuidado (BRASIL, 2001), ferramenta essencial nesse novo modelo de atenção em saúde mental, e no qual o Processo de Enfermagem ocupa lugar primordial.

Frente a esses elementos, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência com a Sistematização da Assistência de Enfermagem direcionada a pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar em um hospital público psiquiátrico, por meio do qual se identificou os principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem aos usuários atendidos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência que retrata a vivência de estudantes de enfermagem durante o período de um ano em um projeto de extensão realizado no Hospital Especializado em Psiquiatria, referência no

Estado do Piauí. Tendo como base para coleta dos dados relatos registrados em diário de experiência, onde foram registradas todas as atividades realizadas durante as 12h semanais, de março de 2019 a março de 2020.

Os principais diagnósticos de enfermagem foram elencados, conforme a taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I, 2018). Para as intervenções foi utilizada a Classificação das Intervenções de Enfermagem e para os resultados a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NIC, 2010; NOC, 2016).

Não se fez necessária a submissão deste trabalho para aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, pois não houve envolvimento direto ou indireto com o paciente, nem foram coletados dados pessoais para utilização na elaboração, apenas informações de interesse fisiopatológico e/ou epidemiológico. Porém, ressalta-se que todos os aspectos éticos e legais presentes na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência possibilitou um conhecimento abrangente e prático sobre as pessoas em tratamento com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar. Ademais, foi possível compreender melhor o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), principalmente no serviço de saúde mental de alta complexidade. Seu pleno exercício além de se basear nos pressupostos da RAPS, também se firma na Nota Técnica nº 11/2019. Ambos trazem esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, reinserindo o Hospital Psiquiátrico e não incentivando seu fechamento (BRASIL, 2019). Tal compreensão sobre a rede assistencial se torna importante para fins de esclarecimentos e encaminhamentos desses usuários quando cessarem os sintomas mais graves do Transtorno Afetivo Bipolar e a pessoa possa dar seguimento nos serviços comunitários.

Durante o período da extensão foi possível observar o fluxo de atendimento dentro da rede e, principalmente, dentro da instituição, por meio do acompanhamento dos profissionais de enfermagem durante a avaliação do paciente, desde sua chegada ao serviço de pronto atendimento com sinais e sintomas psiquiátricos. A assistência, que se inicia com o processo de admissão e segue até o momento de sua liberação, podendo ser limitada apenas a observação no pronto atendimento ou internação propriamente dita nas enfermarias.

Dessa forma, a avaliação da equipe de enfermagem inclui a necessidade de conhecimentos psiquiátricos, psicopatologia e psicofarmacologia, alicerçadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial. Também, utiliza-se como fundamento para nortear a avaliação psiquiátrica a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). De forma que, seguem descritos a seguir os principais resultados alcançados.

### Sistematização da Assistência de Enfermagem pelo olhar dos extensionistas

Mediante verificação dos registros de enfermagem, os discentes observaram a frequência dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados, os quais

foram descritos conforme as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC.

A análise da história pregressa do paciente foi aplicada àqueles com diagnóstico médico de transtorno afetivo bipolar, a partir do acolhimento destes na unidade, a fim de avaliar a evolução dos sinais e sintomas apresentados e verbalizados pelo paciente, bem como informações trazidas pelo acompanhante. Para tanto, o enfermeiro usa das habilidades de escuta e observação com a finalidade de desenvolver as etapas seguintes da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Destaca-se também a necessidade da equipe de enfermagem em estabelecer um diálogo com a família e a comunidade onde o usuário está inserido, para potencializar a coleta dos dados, estimular a adesão ao tratamento e a identificar as possibilidades de melhoria na qualidade de vida do indivíduo. Também, notou-se a necessidade de aplicar a psicoeducação, com uso de métodos como acolhimento e orientação a importância e benefícios de seguir corretamente o tratamento farmacológico e não farmacológico.

Durante a implementação da SAE, os estudantes identificaram nove diagnósticos de enfermagem como os mais recorrentes. Três deles no domínio percepção/cognição; dois no domínio enfrentamento/tolerância ao estresse e os demais distribuídos nos domínios promoção da saúde, atividade/repouso, papéis e relacionamentos e princípios da vida (Quadro 34.1).

Pode-se inferir que a maior presença de diagnósticos nos domínios percepção/ cognição e enfrentamento/tolerância ao estresse, se devem as características definidoras destes que estão entre os principais sinais e sintomas presentes no Transtorno Afetivo Bipolar, como a alteração na função psicomotora e expressão de emoções incongruentes com o fator desencadeador (ZAPATA *et al*., 2019).

No Quadro 1 são apresentados os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, identificados pelos estudantes. Nessa perspectiva do cuidado, a enfermagem é responsável por identificar as singularidades pertencentes a cada paciente.

Nesse sentido, as intervenções oferecidas devem ser efetivas para a melhora de resposta à doença e para o processo de adaptação ao estilo de vida mais saudável. Primordial se faz a capacidade para integrar saberes e práticas, corroborando para a valorização dos aspectos biopsicossociais de saúde. Destaca-se também a importância da vivência nessa área ainda no processo de graduação para o desenvolvimento das habilidades exigidas (SILVA *et al*., 2013).

Cabe ao profissional enfermeiro buscar maiores conhecimentos e autonomia para prestar o cuidado de forma organizada e normatizada, por meio da SAE. Para tanto, necessário se faz trabalhar de modo deliberado e sistêmico, com intuito de implementar o Processo de Enfermagem. Sendo este um método formado por etapas, que se caracterizam por serem inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo divididas da seguinte forma: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Outrossim, taxonomias ou classificações de enfermagem, podem ser utilizadas para designar os Diagnósticos de Enfermagem, intervenções e resultados de enfermagem (COFEN, 2009).

**Quadro 34.1.** Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a taxonomia NANDA-I, NOC e NIC, identificados em pacientes com transtorno afetivo bipolar

| CLASSE | Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I) | Resultados esperados (NOC) | Intervenções de Enfermagem (NIC) |
|---|---|---|---|
| **Domínio 1. Promoção da saúde** | | | |
| **Controle da saúde** | Comportamento de saúde propenso a risco | Ajuste psicossocial: mudança de vida. Enfrentamento. | Melhora da disposição para aprender. Facilitação da aprendizagem, Facilitação da autorresponsabilidade. |
| **Domínio 4. Atividade/repouso** | | | |
| **Sono/Repouso** | Insônia | Repouso | Administração de medicamentos. Controle do ambiente. Redução da ansiedade. |
| **Domínio 5. Percepção/ cognição** | | | |
| **Cognição** | Confusão aguda | Orientação cognitiva. Processamento de informações. | Controle de ideias delirantes. Controle de medicamentos. Controle do ambiente: Segurança. Técnicas para acalmar. |
| | Controle de impulsos ineficaz | Autocontrole do impulso melhorado | Assistência no controle da raiva. Estabelecimento de limites. Apoio à tomada de decisão. Facilitação da autorresponsabilidade. Treinamento para controle de impulsos. |
| | Controle emocional lábil | Nível de depressão | Apoio emocional |
| **Domínio 7. Papéis e relacionamentos** | | | |
| **Desempenho de papéis** | Interação social prejudicada | Habilidades de interação social. Autocontrole do pensamento distorcido. | Controle do comportamento: Hiperatividade/Desatenção. Esclarecimento de valores. Fortalecimento da autoestima. Melhora da autopercepção. |
| **Domínio 9. Enfrentamento/ Tolerância ao estresse** | | | |
| **Respostas de enfrentamento** | Regulação do humor prejudicada | Equilíbrio do humor melhorado | Auxiliar no entendimento das necessidades relativas à alimentação, eliminação, hidratação e higiene pessoal. Encorajar visitas de pessoas significativas, conforme apropriado. |
| | Processos familiares disfuncionais | Enfrentamento familiar | Estabelecimento de metas mútuas. Valorizar suas atitudes positivas. Ressaltar a importância da família no tratamento. Ensino: processo da doença. |
| **Domínio 11. Segurança/proteção** | | | |
| **Violência** | Risco de violência direcionada a outros | Autocontenção de comportamento abusivo | Redução da ansiedade. Restrição da área. Controle do comportamento. Aumento da segurança. Identificação de risco. |

**Fonte**: NIC, 2010; NOC, 2016; NANDA-I, 2018.

Nessa perspectiva, no Quadro 34.2 apresentam-se os diagnósticos, seguidos de suas respectivas características definidoras (NANDA-I, 2018).

**Quadro 34.2.** Diagnósticos de Enfermagem e características definidoras de acordo com a taxonomia NANDA I e NIC, identificados em pacientes com transtorno afetivo bipolar

| Diagnósticos de Enfermagem | Características definidoras |
|---|---|
| Comportamento de saúde propenso a risco | Falha em alcançar um senso de controle ideal<br>Falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde. |
| Insônia | Alteração no humor.<br>Alteração no padrão de sono. |
| Confusão aguda | Agitação.<br>Inquietação.<br>Alucinações. |
| Controle de impulsos ineficaz | Explosões de temperamento.<br>Comportamento violento.<br>Incapacidade de poupar dinheiro ou regular a finanças. |
| Controle emocional lábil | Expressão de emoções incongruente com o fator desencadeador.<br>Choro involuntário.<br>Risadas incontroláveis. |
| Interação social prejudicada | Interação disfuncional com outras pessoas.<br>Família relata mudança na interação. |
| Regulação do humor prejudicada | Disforia.<br>Agitação psicomotora.<br>Fluxo rápido de pensamentos.<br>Desinibição.<br>Mudança no comportamento verbal. |
| Processos familiares disfuncionais | Hostilidade.<br>Insegurança.<br>Abandono.<br>Padrão contraditório de comunicação. |
| Risco de violência direcionada a outros* | Impulsividade.<br>Linguagem corporal negativa.<br>Padrão de comportamento antissocial violento.<br>Padrão de ameaças de violência. |

**Legenda:** *Não possui características definidoras, então são descritos os fatores de risco. **Fonte:** NANDA-I, 2018; NOC, 2016; NIC, 2010.

A partir disso, foi escolhida a taxonomia NANDA-I, sendo terminologia padronizada de enfermagem composta por diagnósticos, fatores relacionados e características definidoras. Ela possui 244 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. Posteriormente, Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) é um sistema que pode ser usado para selecionar medidas de resultados relacionadas ao diagnóstico de enfermagem. Assim, as intervenções através da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), com uma taxonomia de intervenções tanto independentes quanto interdisciplinares, que os enfermeiros podem utilizar em vários locais de atendimento. E por fim, os resultados esperados (NANDA-I, 2018).

## CONCLUSÃO

Com a análise do observado durante o estudo pode-se concluir que a escolha correta do diagnóstico influência no resultado do tratamento, sendo assim, além de conhecimento e da teoria é preciso que o profissional tenha vivências práticas para escolher o diagnóstico mais adequado e, por conseguinte, desenvolver e aplicar o plano de cuidados com base nas necessidades singulares de cada paciente.

O projeto de extensão tem permitido ao acadêmico de enfermagem aprender com as experiências dos profissionais da área, bem como, aproximar o conhecimento adquirido em sala de aula e aplicá-lo na comunidade. Desse modo, a educação continuada constitui uma importante aliada na formação de profissionais qualificados.

Conclui-se, portanto, que a Sistematização da Assistência de Enfermagem é extremamente relevante, visto que proporciona organização e universalização do atendimento, bem como, provem cientificidade aos cuidados de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5ª ed. Artmed Editora, 2014.

ANYAYO, L. *et al*. Health-related quality of life among patients with bipolar disorder in rural southwestern Uganda: a hospital based cross sectional study. Health Qual Life Outcomes. v. 19, 2021.

BRASIL. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Nota Técnica n° 11/2019 -CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 04 de fevereiro de 2019. Dispõe de esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019.

CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC). Tradução da 5º edição. [Recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC). Tradução da 5º edição. [Recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e da outras providencias. Brasília, 2009.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. [Recurso eletrônico]. 10. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.

FORLENZA, O.V. *et al*. Clínica Psiquiátrica de Bolso. 1. ed. Barueri: Manole, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Transtornos Mentais. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais. Acesso em: 27 mai. 2021.

PANIZZUTTI, B.S. O papel dos marcadores biológicos como indicativos de envelhecimento precoce no transtorno bipolar. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

SILVA, N.S. *et al*. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 66, p. 745, 2013.

SILVA, R.C. *et al*. Transtorno Afetivo Bipolar: Terapêuticas, Adesão ao Tratamento e Assistência de Enfermagem. Revista Brasileira de Saúde Funcional. v. 1, p. 10, 2017.

ZAPATA, C.P.M. *et al*. Características demográficas, de saúde, necessidades de cuidado e diagnósticos de enfermagem de pessoal hospitalizado sofrendo transtorno afetivo bipolar. Revista Investigação em Enfermagem. v. 21, 2019.

# CAPÍTULO 35

# PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

*Palavras-chave: Suicídio; Adolescência; Prevenção*

BRUNA MESQUITA CAMPOS FERREIRA[1]
IGOR GONÇALVES CASTRO[1]
JULIA CARVALHO SILVA[1]
LETÍCIA DOS SANTOS DINIZ[1]
LÍVIA DOS SANTOS ABREU LACERDA[1]
MARIA GABRIELA COSTA DE ALMEIDA[1]
TAMIRIS SILVA ÁVILA[1]
BRUNO DAMACENO DE FARIA[2]

1. Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte.
2. Docente – Graduado em Medicina pelo Cento Universitário de Belo Horizonte, Residência em Psiquiatria pelo Hospital de Ensino Raul Soares.

## INTRODUÇÃO

### Construção social a respeito do suicídio ao longo da história

A construção dos pilares ideológicos de cada sociedade a respeito da morte voluntária é pautada na junção de elementos antropológicos, psicológicos, culturais e éticos. Historicamente, o suicídio, ora é visto como um ato heroico, ora é objeto de reprovação social e religiosa, resultando em um reflexo nítido e ainda presente do comportamento comum, que trata esse tipo de morte como um estigma social, ou seja, um tabu.

Na concepção dos antigos romanos, as divindades regiam o acaso dos humanos, portanto, não cabia aos homens modelar seu destino. Havia uma devoção e crença na mitologia com um pensamento enfático de que o futuro de cada indivíduo estava à mercê dos deuses, decretando tanto sua trajetória de vida quanto sua sentença de morte (LEITE, 2012).

Epiteto, um filósofo grego estoico, declara que a vida deve ser vivida em obediência a Deus, portanto, considerava o suicídio uma alternativa para aqueles indivíduos que não desfrutavam dessa devoção para viver. Nesse momento, essa atitude não era considerada uma fuga, simbolizava a reverência ao sinal divino que por sua vez manifestava que aquela vida não era mais útil na terra. Sendo assim, para ele a morte é uma libertação de uma vida corrompida (OLIVEIRA, 2018).

> Com efeito, os estoicos tinham uma concepção da morte voluntária que combinava bem com a moral romana: não bastava suicidar-se por desgosto da vida e do corpo, nem por exaltação religiosa, para unir-se à divindade, nem mesmo por ser um dogma estoico que a morte não é um mal, mas apenas [por] um caso de "sinal" da divindade, [...] como o sinal que é para Sócrates sua condenação pelo tribunal de Atenas: "Se o Deus dá o sinal da retirada, como o deu a Sócrates, é preciso obedecer àquele que dá essa ordem, como se obedece ao general (Discursos I, 29, 29 *apud* OLIVEIRA, 2018, p. 4).

Entre as autoridades da sociedade medieval, os membros da Igreja se destacavam e o imaginário religioso se difundia a ponto de conduzir o comportamento da sociedade durante muitos séculos, uma vez que, para ela Deus era o centro de tudo (OLIVEIRA, 2016).

> A sociedade medieval mostrou a força de uma ideologia, a mentalidade religiosa levou à excomunhão de muitas pessoas, vivas ou mortas, retirou o gozo do benefício espiritual difundido no seio da sociedade como consolo para uma vida difícil pois, no período, o diabo era usado como justificativa para todos os problemas, tornando desnecessário combater as causas reais dos mesmos (OLIVEIRA, 2016, p. 24).

Nesse período histórico, a morte voluntária, mesmo sendo um acontecimento frequente, foi pouco retratada nos arquivos que a igreja dispunha, fazendo-se notória a falta da discussão sobre as causas que levariam o homem a ir contra a própria natureza biológica, sendo mais simples só tratá-lo como covarde (OLIVEIRA, 2016).

> A interdição de todos os tipos de suicídio se apoia sobre o quinto mandamento cristão, que proíbe o ser humano de matar e não prevê qualquer exceção. Mas a Igreja a reforça outra importante consideração: "aquele que se mata seria um covarde incapaz de suportar as provações, um vaidoso que dá muita importância ao que os outros pensam a seu respeito (MINOIS, 1998, p. 39).

Elucidando essa trajetória, o historiador, Georges Minois, em sua obra *História do Suicídio*, descreve a forma como

esses atos eram vistos, na Idade Média, e busca entender o motivo pelo qual as pessoas que atentavam contra a própria vida eram vistas de forma negativa pelo corpo social (OLIVEIRA, 2016).

> A indagação segue ao longo dos séculos, as autoridades civis e religiosas não escaparam a esse paradoxo: o infeliz que se mata para abreviar os seus sofrimentos e os dos próprios familiares é um criminoso, enquanto o crime de milhões de jovens em plena inocência, contra a sua vontade, nos campos de batalha, é aceito como um ato meritório (MINOIS, 1998, p. 40).

Ao longo de sua obra, o autor evidencia a visão negativa propagada pela sociedade medieval, que acaba negligenciando, dessa forma, a busca por razões pelas quais o homem recorria à morte voluntária (OLIVEIRA, 2016).

## Uma visão ideológica acerca do suicídio

No contexto da virada do século XIX para o século XX, o sociólogo Émile Durkheim, empenhado na busca pela criação de uma nova ciência engajada nas investigações sobre a sociedade, define como objeto de seus estudos sociológicos os fatos sociais, que são a junção de determinações constituintes do corpo social que exercem poder sobre todos os participantes dessa sociedade, fazendo com que, muitas vezes, o indivíduo realize ações contra a sua vontade, submetendo-o à sistematização social, antes mesmo de nascer (DE ALMEIDA, 2018).

A partir de sua teoria, Durkheim elabora um estudo minucioso sobre o suicídio, expondo a necessidade de analisar a maneira que a sociedade induz o indivíduo mediante a consciência coletiva. Com uma percepção antropológica, ele afirma que o suicídio não deve ser considerado um evento individual, e sim, um fato social, uma vez que é vinculado à sua multicausalidade e dependente do grau de interação social dos indivíduos com a sociedade (DE ALMEIDA, 2018).

De acordo com Durkheim, cada sociedade tem em sua trajetória, um grupo de indivíduos com características que predispõe ao suicídio e que eles devem ser amparados. Ele evidencia a necessidade estudar não só as características biológicas, mas também o ambiente em que os indivíduos estão inseridos, já que tanto o espaço como o corpo social podem favorecer contextos repressores, que, somados a outros fatores, desencadeiam o suicídio (RODRIGUES, 2009).

Durkheim ainda cita que, uma quebra na coesão social pode levar a causas específicas que caracterizam diferentes tipos de suicídio como, o suicídio egoísta, suicídio altruísta e o suicídio anômico. O suicídio egoísta, pode ser exemplificado pela questão religiosa que muitas vezes em oposição ao progresso da ciência, enfraquecia a coesão social com seus fiéis, deixando-os vulneráveis diante da dúvida de suas crenças e tradições (DE ALMEIDA, 2018).

> Quanto mais numerosas são as maneiras de agir e de pensar, marcadas por um caráter religioso, subtraídas, por conseguinte, ao livre exame, mais a ideia de Deus está presente em todos os detalhes da existência e faz convergir para um único e mesmo objetivo as vontades individuais. Inversamente, quanto mais um grupo confessional deixa ao julgamento dos indivíduos, mais ele está ausente de sua vida, menos tem coesão e vitalidade (DURKHEIM, 2004, p. 188).

Dessa forma, entende-se por suicídio egoísta, aquele que é motivado pelo enfraquecimento dos grupos sociais ao qual o indivíduo pertence, podendo ser de caráter religioso, político ou familiar. Quanto maior o afastamento, mais o indivíduo coloca sua

consciência individual acima da coletiva, aproximando-o da possibilidade de cometer o suicídio (DE ALMEIDA, 2018).

Para explicar o suicídio altruísta, um dos casos mencionados por Durkheim (2004, *apud* DE ALMEIDA, 2018), é o da conduta envergonhada entre os soldados do exército perante uma derrota ou quando um soldado se sacrifica para salvar um amigo de farda. Contrário ao suicídio egoísta, que tem o indivíduo afastado de seus grupos pertencentes, a ideia do suicídio altruísta aponta o indivíduo que se sente no dever de morrer em prol do bem-estar do grupo no qual está inserido (DE ALMEIDA, 2018).

Já o suicídio anômico é o tipo de suicídio mais presente na sociedade moderna, o qual ocorre mais comumente em períodos de enfraquecimento da consciência coletiva e moral. No desenvolvimento industrial por exemplo, a fragmentação e especialização das funções, fez com que a sociedade fosse caminhando para um distanciamento da consciência coletiva e para o risco de anomias constantes (DE ALMEIDA, 2018).

> A anomia é portanto, em nossas sociedades modernas, um fator regular e específico de suicídios; é uma das fontes em que se alimenta o contingente anual. Por conseguinte, estamos diante de um novo tipo, que deve ser distinguido dos outros. Difere deles na medida em que depende, não da maneira pela qual os indivíduos estão ligados à sociedade, mas da maneira pela qual ela os regulamenta. O suicídio egoísta tem como causa os homens já não perceberem razão de ser na vida; o suicídio altruísta, essa razão lhes parece estar fora da própria vida; o terceiro tipo de suicídio, cuja existência acabamos de constatar, tem como causa o fato de sua atividade se desregrar e eles sofrerem com isso. Por sua origem, daremos a essa última espécie o nome de suicídio anômico (DURKHEIM, 2004, p. 328-329).

Essa ampla perspectiva pelo decorrer da história permite observar a causa dos fatos acontecerem de tal maneira nos dias modernos, apontando certa dificuldade de reunir os eventos específicos que tanto modificaram a estrutura social na qual já se viveu comparada à sociedade em que estamos inseridos hoje. Embora haja uma mudança na estrutura social ao longo dos anos, fica evidente que a todo o momento reproduz-se a cultura ocidental e com ela os seus males (OLIVEIRA, 2016).

> A vida segue um tempo que não pode ser recuperado, mas apresenta uma forma cíclica que, em algum momento, pode atingir um de nós. O prenome pessoal aqui colocado não busca constranger ou afirmar algo negativo e sim alertar, na perspectiva de que mesmo que alguns de nós escapemos a esse mal, o que o causa sempre vai existir e a possibilidade de atingir algum de nós ou um ente querido é grande. Isso ocorreu e ocorre em diferentes sociedades, e a nossa não é exceção. Sim, o suicídio, que é histórico, nos mostra o quanto estamos ligados ao passado. O tempo continua fazendo vítimas e nos proporcionando condições de interromper a dor e com isso o suicídio (OLIVEIRA, 2016, p. 23).

Diante de todo esse linear histórico, é possível se fazer uma análise ainda melhor da importância da reflexão a respeito da morte voluntária. Ainda que este estudo seja desafiador frente às diversas teorias acerca do tema, ao longo da construção histórica sustentam-se vestígios de uma moral negativa em relação ao ato suicida e isso leva a considerar a possibilidade do cerne da questão se encontrar antes e além do indivíduo, uma vez que ele vive sempre submetido às regras e condutas sociais previamente estabelecidas, sejam elas pautadas nas crenças ou na política (OLIVEIRA, 2016).

## Panorama contemporâneo

No cenário atual, o suicídio ainda continua como um problema social, sendo até

ilegal em alguns países. É provável que haja um número significativo de subnotificações de casos em países como o Brasil por exemplo, uma vez que a possibilidade da perda de seguros e de direitos gera ainda mais insegurança dos familiares em relatar o ocorrido (DE FRAGA *et al.*, 2016). Além disso, a presença da desmoralização e da vergonha que a repercussão de um suicídio pode causar, lembram o fato de este assunto ainda ser um tabu no cenário brasileiro (MARCOLAN & SILVA, 2019).

Acredita-se que anualmente, 800 mil pessoas morrem por suicídio e, a cada ato concebido, outros 20 adultos atentam contra a sua própria vida. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (*apud* BRASIL, 2017, p. 1), o suicídio tornou-se, em 2012, a 15ª causa de mortalidade no mundo todo, representando 1,4% das mortes no mundo. Entre os jovens de 15 a 29 anos, essa é a 2ª causa de morte.

Quando comparado aos demais países, o Brasil apresenta dados que permitem estimar que o fenômeno do suicídio, não se situa entre as faixas etárias mais elevadas. Além disso, verifica-se um destaque relativo ao alto crescimento das taxas entre as populações mais jovens (RIBEIRO & MOREIRA, 2018).

## A ideação e o ato suicida na adolescência e suas multicausalidades

O suicídio é um fenômeno multifacetado que envolve fatores biológicos, sociais e emocionais. O comportamento suicida pode ser dividido em ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro "passo" para sua efetivação (WERLANG *et al.*, 2005). Assim, a decisão de cometer o ato não ocorre de forma rápida, mostrando que, com frequência, o indivíduo que comete o suicídio manifestou anteriormente algum sinal da intenção de realizá-lo. Da mesma forma, a literatura aponta que existe uma grande probabilidade de, após uma primeira tentativa de suicídio, outras virem a surgir, até que uma possa ser fatal (BORGES *et al.*, 2008; DUTRA, 2002; ESPINOZA-GOMEZ *et al.*, 2010).

Em adolescentes, muitas das tentativas de suicídio são realizadas com automutilação. Entretanto, deve-se ter cuidado com esse conceito, pois também existem manifestações de automutilação não suicida (NSSI), ou seja, realizadas sem intenção de morrer. Por mais que a NSSI seja realizada sem a intenção de provocar a própria morte, ela se mostrou amplamente relacionada com as tentativas de suicídio propriamente ditas uma vez que, frequentemente, elas coocorrem. Notavelmente, pesquisas vêm mostrando que o NSSI é uma das advertências mais contundentes de tentativas de suicídio futuras, estando acima do comportamento suicida anterior (GUAN *et al.*, 2012; SCOTT *et al.*, 2015).

Sabe-se que o suicídio exitoso predomina em homens, geralmente idosos ou de meia idade, enquanto as tentativas de suicídio são mais comuns em mulheres jovens, sendo a segunda maior causa de internações na população de 10 a 19 anos do sexo feminino na rede SUS (FREITAS & BOTEGA, 2002). Segundo um estudo de Ficher e Vansan (2008), a distribuição das tentativas de suicídio por idade apontou uma proporção mais elevada de casos em adolescentes com idades entre 15 e 19 anos (43,5%). O estudo verificou ainda que a

maioria dos meninos atendidos por tentativa de suicídio encontrava-se na faixa etária de 20 a 24 anos, já as meninas encontravam-se na faixa dos 15 aos 19 anos.

Ademais, tentativas de suicídio anteriores associadas a depressão maior estão entre os sinais preditores mais fortes de suicídio completo em jovens e a presença de sintomas depressivos como sentimentos de tristeza; solidão; desesperança; humor depressivo e instável; episódios de explosão e raiva; falta de motivação; diminuição do interesse ou prazer; perda ou ganho significativo de peso; problemas de sono; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se devem ser avaliados. Conclui-se, portanto, que a adolescência é considerada um período propício tanto para a ideação quanto para as tentativas de suicídio, principalmente quando associada à depressão (ARAÚJO *et al.*, 2010).

Além da depressão, outros transtornos psiquiátricos podem estar presentes em indivíduos com ideação suicida. Prieto e Tavares (2005), em uma revisão de literatura, verificaram que o comportamento suicida têm uma correlação com a presença de desordens psiquiátricas, tais como transtorno de humor, transtorno relacionado ao uso de substâncias, esquizofrenia e transtorno da personalidade.

Para Lauridsen e Tanaka (1999), o maior índice de queixas e entristecimentos da vida de adolescentes entre 14 e 19 anos refere-se a "alterações no ambiente familiar" e "problemas na escola/trabalho", sendo esses fatores possíveis desencadeantes de uma potencial depressão e consequente tentativa de suicídio. No ambiente escolar, Rivers e Noret (2010) concluíram que a maioria dos adolescentes do estudo já haviam se envolvido em episódios de *bullying* na escola, seja como agressores, vítimas, testemunhas ou uma combinação destes três papéis sociais. Entretanto, aqueles adolescentes com múltiplos papéis sociais estiveram significativamente mais propensos a pensamentos suicidas.

No ambiente domiciliar, faz-se necessário salientar a importância da família enquanto estabelecedora das primeiras relações de afeto e de vínculo social. Dessa forma, qualquer alteração nesse ambiente familiar pode ser de suma importância para a percepção de alterações comportamentais e no desenvolvimento do adolescente. Partindo desse pressuposto, Prieto e Tavares (2005), verificaram a presença de várias experiências adversas ou estressoras na esfera doméstica durante o desenvolvimento de indivíduos que tentam o suicídio, dentre elas: situações de violência física, verbal, sexual, ausência de suporte social, negligência e rejeição na infância e na adolescência. A partir disso, Espinoza-Gomez *et al.* (2010) investigaram as consequências dos diferentes tipos de violência doméstica na vida dos jovens e verificaram uma forte associação delas com todas as formas de manifestação e conduta suicida, sobretudo em meninas.

A vulnerabilidade propiciada pelas situações de pobreza é um outro fator que pode gerar instabilidade familiar, uma vez que o desemprego e o estresse econômico aumentam os patamares de ansiedade dos indivíduos (MENEGHEL *et al.*, 2004). Além disso, adolescentes com pais divorciados ou que tiveram experiência de morte na família têm atitudes mais permissivas ao suicídio. Caso a morte do familiar ocorra por suicídio, o jovem pode desenvolver um comportamento de imitação e repetir o mesmo ato. O comportamento de imitação pode ocorrer tanto por conhecer alguém que cometeu o suicídio como também pela veiculação de

notícias de pessoas famosas que cometeram o ato suicida (WERLANG *et al.*, 2005). Nesse sentido, o impacto que as notícias de suicídio veiculadas pela mídia exercem sobre algumas pessoas tem sido apontado por alguns estudos como um importante fator de risco para o suicídio (DABER & BAPTISTA, 2004), principalmente em adolescentes e adultos jovens.

Tem sido verificado, também, que o uso de substâncias tanto lícitas quanto ilícitas está intimamente associado aos pensamentos autodestrutivos, bem como a frequência e a intensidade do uso dessas drogas durante seu desenvolvimento.

Ademais, há alguns outros fatores de risco menos discutidos, mas que devem ser levados em consideração tratando-se de suicídio em adolescentes como: decepção amorosa, gravidez na adolescência, localização geográfica, cultura, homossexualidade, *cyberbullying*, oposição familiar a relacionamentos sexuais, condições de saúde desfavoráveis, baixa autoestima, dificuldade de aprendizagem, dentre outros.

## A influência da internet

Adolescer implica um processo complexo de formação individual, que se desdobra em insegurança, declínio da autoestima e o estabelecimento da ideia de que, como indivíduo, cada um se percebe e se determina no mundo de uma forma, independente do que os pais possam pré-determinar. Entretanto, toda essa trajetória não se traduz em um processo linear ou inteiramente coerente, pelo contrário, ela pode ser angustiante e desencadeadora de sentimentos de desilusão e depressão.

O uso das mídias digitais pelo adolescente, poderia ser um dos meios de busca para a conquista de alívio para o sofrimento emocional. Contudo, ao mesmo tempo que ela proporciona a aproximação social e democratiza o acesso à informação, desempenha caráter influenciador sobre como o corpo social pensa, se comunica e socializa. Assim, usuários que são inseridos precocemente em um campo cibernético permeado de relações e vínculos frágeis, alicerçam sua personalidade neste meio (ABREU & SOUZA, 2017).

"As mídias digitais acabam sendo prejudiciais a partir do momento em que são usadas de uma forma que reestrutura a realidade de quem usa tal ferramenta de maneira onipresente, baseando nela suas decisões" (ABREU & SOUZA, 2017, p. 164). Isto, porque, ao mesmo tempo que a internet desempenha, em um primeiro momento, o papel de uma rede de apoio emocional em meio à fuga do caos mental, ela proporciona um bombardeamento de informações e opiniões, que, na maioria das vezes, não passam pelo crivo qualitativo, o que faz com que as verdades alheias sejam aceitas como as próprias verdades, sejam elas construtivas ou depreciativas. O que preocupa é esse meio propiciar o aparecimento de ameaças anônimas, como o *cyberbullying* e a exposição à conteúdos constrangedores, insultuosos e impróprios para adolescentes, contribuindo, assim, para uma piora do quadro emocional de quem procura essa ferramenta como ponto de apoio ou último pedido de ajuda.

Portanto, devido à vulnerabilidade emocional e ao contato tão íntimo e obstinado com a internet, o adolescente é apontado como principal alvo para conteúdos digitais de ideação suicida e, dessa maneira, a internet não atua como a causa, mas como uma

ferramenta eficiente de um sistema de auto aniquilamento.

## A conduta dos profissionais de saúde

Observa-se um déficit quanto à capacitação dos profissionais da saúde para uma atuação eficiente na prevenção do suicídio, ainda que estes tenham conhecimento de que a ideação suicida seja comum entre os adolescentes. Tal situação ocorre devido a tabus e preconceitos, principalmente ao que se refere à moral e à religião. Muitos desses profissionais encontram-se despreparados para lidar com as tentativas de autoextermínio entre os jovens, não apenas devido à falta de treinamento técnico, mas também pelo fato de desencadear sentimentos, crenças e valores pessoais que acabam provocando receio e impedindo-os de desenvolver uma maneira eficaz de intervir na vida desses jovens que possuem histórico e motivações suicidas (DUTRA, 2002 *apud* BRAGA & DELL'AGLIO, 2013).

A partir da problemática exposta, observa-se a necessidade de uma melhor qualificação dos profissionais da saúde para que atuem de forma eficiente e profissional. Nesse sentido, é importante amparar teoricamente esses profissionais para a intervenção fornecendo espaços de discussão sobre o suicídio, a fim de esclarecer o tema e minimizar receios ou crenças errôneas que giram em torno dessas questões, proporcionando uma preparação tanto prática quanto psicológica (DUTRA, 2002 *apud* BRAGA & DELL'AGLIO, 2013).

Além disso, faz-se necessário destacar as particularidades e características imprescindíveis à prática médica para que este profissional consiga ajudar famílias que vivenciam essa problemática. Sendo assim, é de extrema importância que haja o auxílio desses pacientes e até mesmo a detecção precoce de inúmeros sinais e fatores de risco do suicídio, seguido por uma abordagem assistencialista, adequada e eficaz, a fim de levar a um alto índice preventivo de mortes por esta causa (SEMINOTTI, 2011).

Ao realizar a abordagem acerca da temática do suicídio na adolescência, o profissional médico deve orientar a família e o próprio indivíduo. Para tal, deve-se mostrar solícito e humano, uma vez que são características fundamentais para o paciente se sentir confortável e se expressar. Além disso, o olhar humano pode propiciar a interpretação de um pedido de socorro implícito nos comportamentos autodestrutivos e de ideais suicidas, sendo uma potencial forma de os médicos intervirem de modo a evitar o ato e permitir a longevidade e integralidade do tratamento (SEMINOTTI, 2011).

Além disso, faz-se necessário destacar as particularidades e características imprescindíveis à prática médica para que este profissional consiga melhorar esse cenário ajudando famílias que vivenciam essa situação. Sendo assim, é de extrema importância que haja o auxílio desses pacientes e até mesmo a detecção precoce de inúmeros sinais e fatores de risco do suicídio, seguido por uma abordagem assistencialista, adequada, a fim de reduzir o número de mortes por esta causa (SEMINOTTI, 2011).

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi analisar os fatores de risco multifacetados envolvidos no fenômeno do suicídio na adolescência, atual e historicamente, visando compreender seus elevados índices.

## MÉTODO

### Delineamento experimental

Trata-se de um estudo de campo, fundamentado em uma abordagem multimétodo de cunho qualitativo e quantitativo, assentada em aportes teóricos e metodológicos acerca do suicídio na adolescência. O desenvolvimento da pesquisa e a escolha dos participantes deveu-se ao fato de ter na adolescência um crescente índice de suicídio, conforme demonstra a literatura já descrita anteriormente. Dessa forma, o público-alvo constituiu-se por jovens de 12 a 18 anos.

### Abordagem epidemiológica do nível de vulnerabilidade dos adolescentes e análise dos dados

Para levantamento dos dados, foi utilizado um questionário feito através do Google Forms, o qual, inicialmente, continha informações quanto à confidencialidade dos dados e da preservação da identidade dos jovens. As perguntas contidas abordaram o tema suicídio de maneira objetiva e subjetiva, elucidando o nível de vulnerabilidade como fator de risco que influencia na ideação suicida, tentativa de suicídio e concretização do ato suicida.

Parte do formulário foi baseado na Técnica de Associação Livre de Palavras, a qual possui uma questão padronizada para aplicação. Consiste em solicitar ao(s) entrevistado(s): “Se eu lhe digo “X”, o que vem à sua mente? Dê-me “X” palavras, que para você, caracterizam X” (COUTINHO, 2005).

Além disso, para ampliação da pesquisa, a ferramenta também utilizada foi a Escala de Ideação Suicida de Beck - BSI, uma versão de autorrelato constituída por 21 itens, dos quais 19 apresentam três alternativas de respostas e refletem gradações da gravidade dos desejos, das atitudes e dos planos suicidas (ARAÚJO *et al.*, 2010).

No que se refere à análise dos dados, a etapa subjetiva foi organizada por critérios de similaridade semântica. Já a etapa de perguntas objetivas, por conter variáveis mais intensas acerca do tema suicídio foi criteriosamente examinada e avaliada quantitativamente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados baseou-se na revisão das respostas dos 125 voluntários com idade entre 12 e 18 anos. Desse total, observou-se o predomínio de jovens de 14 (20%), 17 (32%) e 18 anos (21,6%) respondendo a tais perguntas.

A primeira etapa do questionário foi elaborada utilizando-se da Técnica de Associação livre de palavras, tendo como estímulo indutor a palavra “depressão”. Os dados coletados a partir dessa técnica forneceram um conjunto de respostas cujas aproximações semânticas têm forte correlação com a palavra “tristeza”, como por exemplo, “dor”, “frustração”, “angústia”, “solidão”, “doença” e outras que foram inesperadas, tais como “frio”, “vazio”, “cama”, “atualmente”, “realidade”. É importante ressaltar que essa etapa era obrigatória para a continuidade da avaliação, sendo respondida pela totalidade dos jovens.

A segunda etapa do questionário foi composta por vinte e uma questões objetivas, contendo entre três e quatro opções de resposta, baseadas na Escala de Ideação Suicida de Beck (CUNHA, 2001), as quais

foram preenchidas pelos entrevistados. Para uma análise mais profunda dos resultados foram filtradas as questões cujo resultados foram mais alarmantes no contexto.

A questão 11 avaliou as razões para querer cometer suicídio. Foram coletadas 46 respostas, as quais mostram que 45,7% dos jovens (21) apresentaram a fuga de seus problemas pessoais como uma motivação para cometer o suicídio. Para 39,2% (18), as razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representa uma maneira de solucionar seus problemas. E 15,2% (7) responderam que as razões individuais para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir se vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção nelas, entre outras respostas.

A questão 20, que buscava analisar se o jovem já havia cometido tentativas de suicídio, revela que 82,8% (100) nunca tentaram suicídio, 17,3% (22) dos 122 adolescentes entrevistados tentaram cometer suicídio uma ou mais vezes. A questão 21 buscou avaliar a intensidade do desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio. Percebeu-se que das 22 respostas, 43,5% (9) possuíam um desejo moderado, 30,4% (7) possuíam um desejo fraco de morrer e, 26,1% (6) possuíam um forte desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio.

A adolescência é caracterizada como uma etapa de inúmeras transformações, tanto físicas quanto psíquicas, demandando do jovem uma estrutura emocional, que nessa fase ainda é imatura, propiciando, em alguns casos, a tentativa de suicídio ou o ato consumado em si (BORGES *et al.*, 2008).

De acordo com Borges e Werlang (2006), uma possível explicação para a tentativa de suicídio é o fato de essa, considerada por alguns jovens, ser uma forma de pedir ajuda. A partir do estudo dos resultados, evidenciaram-se categorias de análise quanto ao comportamento suicida entre adolescentes, havendo convergência entre os dados obtidos e dos encontrados nos estudos acerca daqueles que não possuem desejo de morrer ou nunca tentaram suicídio.

Uma das grandes dificuldades para a obtenção de valores verídicos acerca do suicídio na adolescência é o fato de muitos jovens não compreenderem a diferença entre pensamentos angustiantes e ideação suicida. Nesse sentido, romper com essa perspectiva torna-se desafiador, visto que muitos jovens tomam essa concepção como única solução de problemas pessoais (OMS, 2000 *apud* ARAÚJO *et al.*, 2010). A respeito do estudo desenvolvido, das 125 respostas, 21 (17,3%) relataram parassuicídio, tentativas malsucedidas de suicídio. Embora não seja um valor com grande expressividade numérica, esse dado possui uma representatividade significativa. Além da reflexão acerca da negação desse pensamento patológico, soma-se o pudor perante a sociedade e a negação de si mesmo, dificultando, assim, a fidedignidade das pesquisas.

É notório que os indivíduos na adolescência estão mais vulneráveis e suscetíveis às influências midiáticas de natureza construtiva e destrutiva. Dessa forma, fica evidente que projetos relacionados à saúde mental que desempenham uma comunicação *online* preventiva participa diretamente na criação de vínculos e influencia positivamente os adolescentes. Destaca-se, portanto, a necessidade de desenvolver e potencializar estratégias de

prevenção do comportamento suicida e da depressão (ERSE *et al*., 2016).

Neste sentido, os autores evidenciam que debates relacionados ao suicídio proporcionam um suporte por intermédio da internet, já que há uma maior tendência do compartilhamento de experiências em um ambiente virtual composto por grupos intitulados como suicidas.

## CONCLUSÃO

Tendo em vista o exposto, o qual abordou o tema suicídio como uma construção social durante a história, foi possível identificar, no atual panorama brasileiro, as consequências de um assunto que carrega consigo tabus e preconceitos. A presente pesquisa explicitou a ideação e a prática suicida na adolescência e suas multicausalidades. Tais achados permitem afirmar a importância do debate sobre o tema em questão, visto que o número de casos aumentou nos últimos anos, porém, novos estudos devem ser realizados para confirmar essa hipótese.

Por fim, o estudo contribui na abordagem e esclarecimento do assunto, uma vez que a partir dos resultados obtidos ficou evidente a importância da educação em saúde não só dos jovens, mas também daqueles à sua volta, sendo a internet um ambiente propício para tal função, em virtude de seu amplo alcance e de sua capacidade de influenciar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, T.O. & SOUZA, M.B. A Influência da internet nos adolescentes com ações suicidas. Revista Sociais e Humanas, v. 30, p. 158, 2017.

ARAÚJO, L.C. *et al*. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. Psico-USF (Impr.), v. 15, p. 47, 2010.

BORGES, V.R. & WERLANG, B.S.G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. Revista Estudo de Psicologia, v. 11, p. 345, 2006.

BORGES, V.R. *et al*. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. Barbarói, p. 109, 2008.

BRAGA, L. DELL'AGLIO, D.D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. Contextos Clínicos. São Leopoldo, v. 6, p. 2, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Boletim Epidemiológico, v. 48, 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

COUTINHO, M.P.L. Depressão infantil e representação social. 2ª ed. João Pessoa: Universitária UFPB, 2005.

CUNHA, J.A. Manual da versão em português das ESCALAS BECK. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

DE ALMEIDA, F.M. O Suicídio. Revista Aurora, v. 11, p. 119, 2018.

DE FRAGA, W.S. *et al*. Determinantes socioeconômicos do suicídio no Brasil e no rio grande do sul. Revista Econômica, v. 18, p. 1, 2016.

DURKHEIM, É. O Suicídio - Estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 275 p.

DUTRA, E. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: Orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção. Porto Alegre: Casa do Psicólogo, p. 53-87, 2002.

ERSE, M.P.Q.A. *et al*. Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto + Contigo. Revista de Enfermagem, v. 4, p. 37, 2016.

ESPINOZA-GÓMEZ, F. *et al*. Violência doméstica e risco de comportamento suicida em adolescentes universitários. Saúde Pública do México, v. 52, p. 213, 2010.

FICHER, A.M.F.T. & VANSAN, G.A. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. Estudo psicologia, v. 25, p. 361, 2008.

FREITAS, G.V.S. BOTEGA, N.J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 48, p. 245, 2002.

GUAN, K. *et al*. Auto-lesão não suicida como preditor invariável no tempo de ideação e tentativas de suicídio em adolescentes em uma amostra comunitária diversa. Jornal de Consultoria e Psicologia Clínica. 2012; 842–849.

LAURIDSEN, E.P.P. & TANAKA, O.Y. Morbidade aberta e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. Revista Saúde Pública, v. 33, p. 586, 1999.

LEITE, L. O Mistério do Futuro. In:_____ O Poder do Foco. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora Petrus, 2012. p. 9.

MARCOLAN, J.F. & SILVA, D.A. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer, v. 4, p. 31, 2019.

MENEGHEL, S.N. *et al*. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Revista de Saúde Pública, v. 38, p. 804, 2004.

MINOIS, G. História do suicídio. Lisboa: Teorema, 1998.

OLIVEIRA, A.T. O suicídio como resposta a uma imposição de desigualdade. 2016. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

OLIVEIRA, F.L. Um diálogo entre Epicteto e Foucault: Suicídio como fuga ou libertação? Prometeus Filosofia, v. 11, 2018.

PRIETO, D. & TAVARES, M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. Jornal Brasileiro Psiquiatria, v. 54, p. 146, 2005.

RIBEIRO, J.M. & MOREIRA, M.R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2821, 2018.

RIVERS, I. & NORET, N. Papéis dos participantes no comportamento de bullying e sua associação com pensamentos de fim da vida. Crisis, v. 31, p. 143 2010.

RODRIGUES, M.M. A. Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 12, p. 698, 2009.

SCOTT, L.N. *et al.* Auto-lesão não suicida e ideação suicida como preditores de tentativas de suicídio em meninas adolescentes: um estudo prospectivo em várias ondas. Psiquiatria Abrangente, v. 58, p. 1, 2015.

SEMINOTTI, E.P. Suicídio infantil: reflexões sobre o cuidado médico. Portal Psicologia. 2011. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0571.pdf. Acesso em: 20 mar. 2020.

WERLANG, B.S.G. *et al.* Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. Interamerican Journal of Psychology, v. 39, p. 259, 2005.

# CAPÍTULO 36

# OS IMPACTOS DO REIKI NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO

*Palavras-chave: Reiki; Depressão; Ansiedade*

ANA LUÍSA MENDES PINHEIRO COSTA[1]
THALITA BAPTISTELI FERNANDES[1]
LUÍSA PRADO GUIMARÃES[1]

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

## INTRODUÇÃO

O Reiki é uma prática japonesa criada com o intuito de restaurar a vitalidade da mente e corpo, utilizando a troca de energia através da imposição das mãos e, assim, canalizando a energia vital universal para a nossa constituição física. Atualmente, os transtornos psicossomáticos relacionados ao estresse se tornaram um problema mundial e possuem grande impacto na saúde pública a curto e longo prazo. Com o aumento da crise socioeconômica e da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou a necessidade de buscar novos recursos para o cuidado em saúde, assim como o da medicina tradicional e popular. No Brasil, houve a implantação das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a busca por alternativas não farmacológicas para manutenção da saúde mental se tornou necessária e, nesse contexto, por fazer parte das PICS, esta técnica tem sido buscada e associada por diversos estudos a um significativo impacto na redução da ansiedade e depressão (KUREBAYASHI *et al.*, 2016).

A ansiedade pode levar a importantes problemas psicológicos, fisiológicos e mentais nos indivíduos e a depressão foi considerada pela OMS como o “mal do século XXI”. Sob o enfoque dos princípios básicos preconizados pelo SUS, que abrangem a prevenção e a integralidade dos atendimentos, o Reiki contribui para melhor aproveitamento dos recursos públicos e para melhoria na qualidade de vida dos pacientes. E, de acordo com dados do Centro de Pesquisa do Reiki, o Reiki é uma abordagem eficaz para diminuir os níveis de dor, depressão e ansiedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Portanto, o objetivo deste estudo foi elucidar a aplicabilidade da prática do Reiki em associação à redução da ansiedade e depressão, com base na literatura científica disponível.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de Outubro de 2020 até Abril de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, Medline, SciELO. Foram utilizados os descritores: “Reiki”, “depressão”, "ansiedade" e “estresse”. Desta busca foram encontrados 10 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de 2013 a 2018 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo (revisão, metanálise), 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 3 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados e com base na âncora teórica da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Os resultados foram apresentados de forma descritiva (Tabela 36.1).

**Tabela 36.1.** Resultados dos artigos sobre o papel do Reiki na redução da ansiedade

| Autor/ano de publicação | Título do artigo | Objetivo do artigo | Resultados |
|---|---|---|---|
| THRANE & COHEN 2014 | Effect of Reiki Therapy on Pain and Anxiety in Adults: An In-Depth Literature Review of Randomized Trials with Effect Size Calculations. | O objetivo deste artigo foi calcular, por meio da análise de ensaios clínicos randomizados, o efeito da terapia Reiki para dor e ansiedade. | Apesar de o número de estudos ser limitado, baseado nas estatísticas de Cohen, há evidências sim que sugerem que a terapia Reiki pode ser eficaz para dor e ansiedade. |
| FREITAG *et al.*, 2014 | O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura | O objetivo é identificar a produção científica sobre a terapia complementar Reiki, a partir de uma revisão narrativa da literatura. | O Reiki, enquanto dispositivo de cuidado, provoca mudanças significativas no indivíduo, principalmente em relação à ansiedade, dores, estresse, aumento das células de defesa e diminuição dos níveis pressóricos |
| KUREBAYASHI *et al.*, 2016 | Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado | O objetivo do artigo foi avaliar a efetividade da Massagem e Reiki na redução de estresse e ansiedade em clientes do Instituto de Terapia Integrada e Oriental, em São Paulo (Brasil). | A Massagem e a Massagem combinada ao Reiki se mostraram efetivas na redução dos níveis de estresse e ansiedade. |
| MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018 | Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS | O objetivo do manual é sugerir aos gestores do SUS um modelo de Plano de Implantação das PICS, facilitando, assim, o desenvolvimento dessas práticas de cuidado em seu território, além de descrever os passos de cadastramento dos serviços. | Por ser uma nova área de atuação dos profissionais de saúde, ainda não há resistências, porém, trata-se de uma importante ferramenta na busca pela prevenção, promoção e tratamento dos usuários de saúde, entendendo o ser humano de forma integral e holística. |

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As autoras Thrane & Cohen, 2014 realizaram uma revisão integrativa onde selecionaram 7 estudos para serem analisados minuciosamente, finalizando com um total de 328 participantes onde havia 48% de mulheres e a idade média geral era 63 anos. O efeito da terapia do Reiki foi explorado em uma variedade de populações em cada artigo, incluindo moradores de rua, pacientes com câncer e em estado pós-operatório. Desse modo, não foi possível generalizar o seu efeito, uma vez que, a terapia do Reiki foi abordada com durações diferentes (de 30 a 90 minutos) dependendo do caso.

Por um outro lado, foi possível estimar sua eficácia de acordo com os cálculos que foram realizados usando o d de Cohen, que permite a comparação de estudos de uma forma padronizada. Em vista disso, com base na significativa estatística, no enorme efeito da terapia na maioria dos estudos e no interesse da população acerca da terapia de Reiki como uma intervenção não invasiva e até reconfortante, as autoras afirmaram que há evidências suficientes para sugerir pesquisas continuadas utilizando Terapia de Reiki. Além disso, elas também sugeriram uma padronização do protocolo de tratamento para aumentar o potencial de resultados futuros (THRANE & COHEN, 2014).

De acordo com Freitag *et al.* (2020), o Reiki, enquanto dispositivo de cuidado, provoca mudanças significativas no indivíduo, principalmente em relação à ansiedade, dores, estresse, aumento das células de defesa e diminuição dos níveis pressóricos. O artigo trata-se de uma revisão narrativa da literatura que busca analisar as produções científicas sobre a terapia complementar Reiki, publicadas em periódicos da área da saúde.

Após leitura dos títulos e resumos, identificou-se um total de seis produções, as quais adequaram-se ao objetivo proposto pelo estudo. Pode-se observar ao longo da análise das produções, que a aplicação de Reiki provoca uma resposta positiva em várias situações relacionadas ao cuidado, seja esta técnica isolada ou aliada ao tratamento medicamentoso. O Reiki equilibra harmoniosamente todos os aspectos do ser do receptor, de acordo com suas necessidades e desejos pessoais. Equilibra os órgãos e glândulas e suas funções corporais; libera bloqueios e emoções reprimidas; promove a cura natural do ser; adapta-se às necessidades naturais do receptor; equilibra as energias do corpo; amplia a consciência pessoal e facilita os estados meditativos; relaxa e reduz o stress; estimula a criatividade; potencializa a energia vital, aguça a intuição; trata os sintomas e as causas das doenças; cura holisticamente; fortalece o sistema imunológico; alivia a dor; libera toxinas.

O Reiki, além de aliviar a dor, acelera o processo de cura. Quando uma pessoa é submetida a uma sessão de Reiki, a respiração fica mais lenta, abaixa a febre, relaxa as tensões musculares, normaliza a pressão sanguínea e as emoções se acalmam. Os estudos apontam que uma sessão de Reiki de 30 minutos pode melhorar de forma imediata a resposta imunológica de IgA e da pressão arterial diastólica em pessoas com síndrome de Burnout.

Conclui- se que a prática de Reiki pode efetivamente reduzir a ansiedade e intensidade da dor em diversas situações, como diminuição dos índices pressóricos dos pacientes analisados e aumento das células imunológicas. Os resultados mostram que esta terapia é usada como suplemento, não invasivo, podendo beneficiar pessoas submetidas a colonoscopia e outros testes, quimioterapia, pacientes oncológicos e pacientes com síndrome de Burnout (FREITAG *et al.*, 2014).

Para a análise da efetividade da Massagem e Reiki na redução de estresse e ansiedade, foi realizado por Kurebayashi *et al.* (2016), um ensaio clínico controlado randomizado paralelo que possuía uma amostra inicial de 122 pessoas que foram divididas nos seguintes grupos: Massagem + Repouso (G1), Massagem + Reiki (G2) e Controle sem intervenção (G3). A análise foi feita a partir da Lista de Sintomas de Stress e pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado, no início e após 8 sessões (1 mês), durante o ano de 2015.

Após a análise dos resultados, concluiu-se que a massagem com pressão moderada parece reduzir a depressão, a ansiedade, a frequência cardíaca e os padrões de alteração do eletroencefalograma em resposta ao relaxamento alcançado. Além disso, pode levar ao aumento da atividade vagal e diminuição dos níveis de cortisol no estresse. Os dados da ressonância magnética funcional propõem que a massagem com pressão moderada atinge regiões do cérebro, incluindo a amígdala, o hipotálamo, córtex cingulado anterior e todas as áreas envolvidas

em estresse e regulação emocional (KUREBAYASHI *et al.*, 2016).

O incentivo através do Ministério da Saúde e a tendência mundial de aumentar o debate acerca das práticas integrativas e complementares fez com que as PICS fossem institucionalizadas no SUS por intermédio da PNPIC, aprovada por meio de Portaria GM/ MS no 971, de 3 de maio de 2006. A aceitação das práticas alternativas está em crescente ascensão no sistema de saúde, com técnicas como o Reiki, fitoterápicos, homeopatia, cromoterapia, acupuntura, meditação, massoterapia, musicoterapia, aromaterapia, entre outras. Essas abordagens terapêuticas buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde.

Desde a implantação da PNPIC, a procura e o acesso dos usuários a esses procedimentos vêm crescendo significativamente. Em 2016, os atendimentos das PICS na atenção primária foram superiores a 2 milhões em todo o Brasil. Em determinados momentos, os usuários que foram ao serviço de saúde em busca de atendimento, sentiram-se cansados, estressados, tensos e deprimidos. Após submeterem-se às técnicas naturais, notou-se os benefícios que estas são capazes de promover, a partir do relato destes usuários, com resultados positivos como melhora de bem-estar físico e mental (BRASIL, 2018).

## CONCLUSÃO

A fisiologia por trás das terapias energéticas permanece desconhecida pela ciência e a maioria dos profissionais de saúde encontram-se despreparados para desenvolver essas novas técnicas devido à falta de conhecimento e preparo acerca desta temática ao longo da formação. Entretanto, estudos científicos apresentaram resultados positivos que demonstram a efetividade do uso da técnica Reiki na redução dos níveis de ansiedade e depressão.

Em vista da dificuldade em realizar estudos duplo cego e randomizados com este tipo de terapia e a necessidade de abordagens multicêntricas, ainda se fazem necessários mais estudos a respeito das PICS e seus benefícios para a saúde e, uma vez que o Ministério da Saúde possibilitou que tais técnicas pudessem ser oferecidas para a população de modo igual e contínuo, baseando-se na prevenção de agravos e promoção, manutenção e recuperação da saúde com uma atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, deve haver um incentivo maior através desse Órgão, pois embora haja uma normatização das ações de saúde, pautada inclusive pelos pressupostos do SUS, sobre o cuidado integral ao ser humano, sabe-se que na prática a operacionalização desse pressuposto enfrenta dificuldades e impõe alguns desafios aos serviços de saúde, trabalhadores e graduandos da área.

Portanto, há ainda um longo caminho a ser trilhado para o reconhecimento da comunidade científica quanto aos efeitos do Reiki isoladamente, ou como prática integrativa a outras técnicas de PIC e, é pertinente dizer que cabe a todos os profissionais da saúde uma qualificação sobre a PNPIC, para então poder considerá-la e usufruir de seus inúmeros benefícios que vem a atender não só aos pacientes, mas também aos profissionais atuantes. Logo, essas práticas já possuem diversos indícios de efeitos e devem ser integradas à prática clínica convencional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS. 2018. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf. Acesso em: 02 Abr. 2021.

FREITAG, V.L. *et al.* O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. Enfermería Global, v. 14, p. 335, 2015.

KUREBAYASHI, L.F.S. *et al*. Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, e2834, 2016.

THRANE, S. & COHEN, S.M. Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. Pain Management Nursing, v. 15, p. 897, 2014.

# CAPÍTULO 37

# PSICOFARMACOTERAPIA ATRIBUÍDA À IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

*Palavras-chave: Atividade Física; Medicamentos; Psicofarmacoterapia.; Saúde Mental*

**JOELMA MARIA DOS SANTOS DA SILVA APOLINÁRIO[1]**
**LUANA MARIA APOLINÁRIO ANANIAS[2]**

1. Discente do Curso de Farmácia do Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU – Campina Grande, PB.
2. Graduada de Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

## INTRODUÇÃO

A saúde mental em meio à pandemia da COVID-19 conferiu-se em consideráveis mudanças tanto no contexto de psicoterapeutas como de psiquiatras, no que diz respeito ao uso dos psicofármacos aliados à psicoterapia. É sabido que em se tratando da patogenicidade do vírus SARS-CoV-2 onde o mesmo trouxe grande letalidade e características ímpares no sentido de sua propagação, tornou-se necessário que a população entrasse em isolamento e distanciamento social em tempo bastante curto levando ao declínio da saúde mental como um todo. A abordagem dos problemas emocionais, através de uma visão ampla trouxe a necessidade de a população procurar profissionais da saúde mental com mais frequência, o que não acontecia antes da pandemia.

Compreender o que vem acontecendo no cenário atual, no que se refere à percepção da utilização frequente de psicofármacos é de grande importância uma vez que frente a uma pandemia e/ou isolamento social, sentimentos de impotência, ansiedade, depressão e estresse podem ser bastante frequentes. Além disso, a saúde física/corporal também sofreu agravos aumentando o índice de doenças crônicas relacionadas ou não à pandemia, contribuindo também para a não realização de atividade física, que de acordo com o Ministério da Saúde, diante da ameaça que o novo vírus oferece à saúde das pessoas, manter um comportamento sedentário pode ser ainda pior. Isso porque a prática de exercícios físicos atua como medida benéfica para a melhora da imunidade na prevenção e tratamento complementar para doenças crônicas e infecções virais tais como o novo coronavírus (HALABCHI *et al.*, 2020).

O efeito protetor do exercício físico no sistema imunológico é crucial para responder adequadamente à ameaça da COVID-19 (SIMPSON *et al.*, 2020a). A realização de exercícios físicos regulares de intensidade moderada a vigorosa, irão melhorar as respostas imunológicas à infecções; diminuir a inflamação crônica de baixo grau e melhorar os marcadores imunológicos e inflamatórios em vários estados de doenças, incluindo câncer, HIV, doenças cardiovasculares, diabetes, comprometimento cognitivo e obesidade (SIMPSON *et al.*, 2020b).

Os psicofármacos, são medicamentos que auxiliam no alívio do sofrimento mental, podendo ser indispensáveis para o tratamento de algumas psicopatologias. São substâncias que interferem em funções do sistema nervoso central (SNC) proporcionando a redução do desconforto causado pela sintomatologia dos transtornos mentais (DALMOLIN *et al.*, 2009; FRANCO, 2012).

A decisão de utilizar medicamentos exige um cuidado meticuloso, pois esta pode ser influenciada pelos próprios conflitos e desejos inconscientes do psiquiatra (FREY *et al.*, 2004). Trata-se de um assunto polêmico e multifacetado, uma vez que, provavelmente, existem psicólogos concordantes com o uso e a eficácia dos psicoterápicos paralelamente à psicoterapia, e outros discordantes (GENTIL *et al.*, 2007). Este conflito é possível ser observado nos casos em que os psiquiatras favorecem apenas o uso dos psicofármacos e os psicólogos preconizam apenas a psicoterapia (DALMOLIN *et al.*, 2009; FRANCO, 2012).

A psicoterapia é uma técnica que usa os mais variados instrumentos do método em que é embasada. Sendo, portanto, uma técnica válida e positiva, visto que utiliza de

instrumentos, com eficácia comprovada cientificamente (RIBEIRO, 1984).

A partir do exposto, o objetivo deste estudo foi enfatizar, de forma clara e sucinta, a detecção qualitativa da psicofarmacologia e/ou farmacoterapia, bem como dos agravos ocasionados pela falta de exercícios físicos durante a pandemia da COVID-19.

## MÉTODO

Ao elaborar esta revisão foram utilizados dados qualitativos e quantitativos de artigos, pesquisas científicas, livros e dados da OMS – Organização Mundial de Saúde, no período de 2018 a 2020, disponíveis na Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), PubMed, Science Direct (pertencente à editora Elsevier).

Realizou-se um estudo retrospectivo, com revisão sistemática de literatura norteada frente à carência de trabalhos que abordassem de forma mais abrangente informações sobre a correlação da saúde mental frente a pandemia do SARS-CoV-2 vinculados a utilização de psicofármacos e não realização da atividade física em decorrência do isolamento.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Atividade física

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN *et al.*, 1985), benefícios consideráveis para a saúde e para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos têm sido associados à atividade física regular.

A pandemia da COVID-19 aparenta ter um grande impacto na realização da atividade física em todo o mundo obrigando as pessoas a permanecerem isoladas em suas residências por um período de tempo. Essas ações afetarão negativamente os comportamentos das pessoas em relação a atividade física bem como poderão gerar prejuízos à saúde, tanto físico quanto mental.

A prática constante da atividade física surge como uma forma de promoção da saúde, associada à prevenção contra os efeitos deletérios do desgaste excessivo, além daqueles causados por doenças crônicas não transmissíveis (SAMPAIO *et al.*, 2013), tais como hipertensão, diabetes, obesidade, acidentes cerebrovasculares, câncer e outros. Contudo, é importante que haja o mínimo de controle sobre a sua frequência e duração, a fim de se estabelecer o equilíbrio entre o estresse e a recuperação adequada, evitando o desenvolvimento de fadiga e a redução do desempenho (CADEGIANI & KATER, 2019), que comprometem a saúde do indivíduo.

Além do mais, a atividade física promove o bem-estar físico e mental, diminuindo os sintomas de ansiedade e depressão. Segundo a OMS, a recomendação geral é que adultos pratiquem exercícios físicos de 150 a 300 minutos por semana com intensidade moderada ou de 75 a 150 minutos de alta intensidade, quando não houver contraindicação, para obter uma melhor qualidade de vida.

Com a pandemia ocorreram algumas mudanças no cotidiano da população, no qual tiveram que acompanhar decisões publicadas pelas secretarias estaduais/municipais de saúde e pelo Ministério da Saúde quanto às restrições e acesso às academias, clubes, clínicas e outros espaços públicos destinados

à prática de atividades físicas, levando a população adaptar a realização atividades em ambientes abertos, priorizando aquelas feito individualmente e de forma mais isolada evitando assim aglomerações (PITANGA *et al.*, 2020).

Os brasileiros passaram a praticar menos atividade física, aumentaram o tempo em frente às telas (TV, *tablet* e/ou computador), reduziram o consumo de alimentos saudáveis e aumentaram o de ultraprocessados, como também o consumo de cigarros e de álcool, em decorrência das restrições sociais impostas pela pandemia (MALTA, 2020). O confinamento mudou as práticas esportivas das pessoas em geral, o que também impactou diretamente nas relações entre pessoas e movimento e as relações interpessoais. A urgência dos cuidados necessários adotados e a priorização à vida têm ocasionado, seja para os setores financeiro e produtivo, seja para cada indivíduo e família, grandes prejuízos econômicos, de qualidade de vida e de saúde mental.

As pessoas com menos recursos financeiros e em habitações precárias estão realizando menos atividades físicas que grupos de pessoas de maior renda e melhores condições habitacionais. Isso evidencia o fato de que as pessoas de menor renda, além de mais expostas aos problemas financeiros ocasionados pela pandemia da COVID-19, também estão mais vulneráveis a serem afetadas por problemas de saúde física e psicológicos associados à reclusão necessária no período de isolamento social (BEZERRA, *et al.*, 2020).

A prática de exercícios físicos regulares que possam minimizar o surgimento de problemas que afetam diretamente o comportamento das pessoas deve ser incentivada, durante o isolamento social em período pandêmico (JIMÉNEZ *et al.*, 2020), essas atividades podem e são recomendadas de forma virtual respeitando os devidos cuidados. Essa prática deve fazer parte da rotina das pessoas, para que possam melhorar a capacidade cardiorrespiratória, reduzir o risco de desenvolver doenças crônicas, controlar o peso e melhorar a qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2020) além disso, melhorar a saúde mental, já que ficar isolado com uma demanda grande de informações negativas prejudica a saúde mental.

Pessoas com transtornos mentais, que já estavam sob risco de desenvolver comportamentos prejudiciais à saúde antes da pandemia há a possibilidade de ser mais afetado pelo período de pandemia em comparação com a população em geral, nota-se também que pessoas com transtornos e doenças mentais apresentam maior risco de aumentar o sofrimento psíquico e suas complicações durante os períodos de quarentena (WERNECK *et al.*, 2020).

## Psicofarmacoterapia

A psicoterapia já é um efetivo recurso de mudança e, com a força do contato humano e dos psicofármacos, quando necessários, garante a eficácia do tratamento. “Isto nos permite sonhar com um futuro no qual a escolha do medicamento ou a indicação de psicoterapia sejam feitas, especificamente, analisando as condições de cada paciente, caso-a-caso” (BEZERRA, 2008, p. 2).

Atualmente, percebe-se que a psicoterapia e a psicofarmacologia são eficazes no tratamento de pessoas com Transtornos Mentais, entretanto, ambas possuem benefícios e limitações. Na psicofarmacologia, o alívio dos sintomas é

mais rápido, mas existem efeitos colaterais adversos.

Os psicofármacos, na busca do alívio do sofrimento, auxiliam na capacidade da elaboração da angústia (BENIA, 2005). Além disso, os pacientes com níveis moderados de sofrimento psíquico mantêm a adesão da psicoterapia e os com níveis muito elevados de sofrimento, afetam a motivação e o envolvimento na psicoterapia (BARREIROS, 2012).

As intervenções psicofarmacológicas objetivam limitar ou atuar de forma a prevenir o comprometimento mental, social ou psicológico do paciente. Essas intervenções devem ser feitas usando uma combinação de psicofármacos e intervenção psicoterápica vigorosa (CABRAL, 2005). Desta forma, é importante a ação medicamentosa aliada à psicoterapia para reduzir o impacto do adoecimento, limitando e prevenindo-o, evitando assim um comprometimento na vida do sujeito (TENGAN & MAIA, 2004).

O medicamento pode ser um facilitador dos objetivos psicoterápicos, pois a medicação não afeta de forma negativa a psicoterapia, já que o paciente não se mostra menos motivado com o uso da medicação e a psicoterapia também não interfere negativamente no uso deste (EELLS, 1999).

## Psicofármacos

Os psicofármacos são agentes químicos que atuam sobre o SNC e estão em condições de alterar diversos processos mentais, gerando alterações na conduta, na percepção e na consciência. Quando a substância em questão é capaz de provocar um efeito de grande intensidade e de gerar uma modificação importante da personalidade, é considerada psicotrópica.

As substâncias psicotrópicas têm sido usadas com diversos fins ao longo da história. A medicina pode receitá-las para o tratamento de distúrbios psiquiátricos ou de problemas neurológicos. Os psicotrópicos incidem sobre a neurotransmissão; isto é, modificam o envio e/ou a recepção de informação que se produz através da sinapse desenvolvida pelos neurónios. Noutros termos, um psicotrópico pode alterar um procedimento fisiológico ou bioquímico que tem lugar no cérebro. No que toca às características, pode inibir ou estimular a atividade mental.

Estes psicofármacos são qualificados com designação diferente consoante o tipo de influência que têm sobre o SNC. Há psicotrópicos que são alucinógenos, outros atuam como estimulantes e alguns recebem o qualificativo de depressores.

O uso ou não de um psicofármaco em tratamentos dependerá da condição de cada paciente. Assim, o especialista avaliará o caso e verá a solução mais adequada. E nesse diagnóstico estão inclusas também eventuais comorbidades (ou seja, nos casos em que duas ou mais doenças estejam relacionadas). Esses psicofármacos são usados, por exemplo, para o controle de ataques de pânico, no transtorno bipolar, entre outros. E conta-se que foi a partir dos anos 50 que eles passaram a ser usados nesses e em outros transtornos mentais. Esse é um tipo de tratamento que deve ser feito apenas sob a orientação e supervisão de um psicólogo.

Atualmente o uso de tais medicamentos tem sido muito amplo, sendo que eles podem se classificar ainda em: antidepressivos, potencializadores de cognição, antipsicóticos, etc.

## I. Ansiolíticos e sedativos-hipnóticos

Os benzodiazepínicos (BDZ) constituem um grande grupo de drogas, cujos primeiros representantes foram o clordiazepóxido (Librium®) e o diazepam (Valium®), lançados no início da década de 60. Quase todos os BDZ têm propriedades farmacológicas semelhantes: todos eles possuem efeitos sedativos, ansiolíticos e hipnóticos. São ainda relaxantes musculares, anticonvulsivantes, produzem dependência e reações de abstinência. Têm poucos efeitos sobre o aparelho cardiocirculatório e respiratório o que explica sua larga margem de segurança. Embora todos produzam efeitos hipnóticos, este efeito é mais marcante com o nitrazepan, flurazepan, flunitrazepan e o midazolam. Estes por sua vez causam sono e reduzem a ansiedade.

## II. Antipsicóticos (neurolépticos)

Os antipsicóticos ou neurolépticos passaram a ser utilizados em psiquiatria a partir da descoberta casual de Delay e Deniker, no início da década de 50, de que a clorpromazina, além de produzir sedação, diminuía a intensidade de sintomas psicóticos. Posteriormente, foram introduzidos outros medicamentos derivados da clorpromazina as fenotiazinas, as butirofenonas (haloperidol) e mais modernamente diversas outras substâncias: risperidona, olanzapina, ziprazidona, molindona, quetiapina, clozapina, zuclopentixol, aripiprazol, entre outros.

Os antipsicóticos ou neurolépticos são classificados em tradicionais ou típicos, também chamados de primeira geração e atípicos ou de segunda geração. Esta divisão está relacionada com seu mecanismo de ação - predominantemente bloqueio de receptores da dopamina (D) nos típicos, e bloqueio dos receptores dopaminérgicos e serotonérgicos (5HT) nos atípicos, o que acarreta um diferente perfil de efeitos colaterais, em geral melhor tolerados nestes últimos (BLIN, 1999). A estes são relacionados o alívio dos sintomas esquizofrênicos" (clozapina, risperidona).

## III. Antidepressivos (timolépticos)

Os antidepressivos tricíclicos (ATC) vem cedendo espaço para os ISRS em razão do seu perfil mais favorável de efeitos colaterais. Os ATCs são considerados por alguns como as drogas de escolha em depressões graves e em pacientes hospitalizados. Além disso, são efetivos no transtorno do pânico (imipramina e clomipramina), no transtorno de ansiedade generalizada (imipramina) (ROCCA *et al.*, 1997), na dor crônica: (amitriptilina), no déficit de atenção com hiperatividade (imipramina), e no transtorno obsessivo-compulsivo (clomipramina) (DE VEAUGH-GEISS *et al.* 1991; PICINELLI, 1995; GREIST *et al.*, 1995). Estes causam o alívio dos sintomas depressivos" (iMAO, tricíclicos).

## Psicoestimulantes

Os psicoestimulantes, na Farmacodinâmica, como sugere o próprio nome, são drogas capazes de estimular a atividade, a vigília e a atenção. São agonistas das catecolaminas, aumentando a disponibilidade de noradrenalina e dopamina nos receptores. Os estimulantes proporcionam grande benefício em curto prazo em crianças com DTA (Transtorno de Déficit de Atenção)

no que se refere ao comportamento em sala de aula, aproveitamento escolar, obediência aos professores e redução da agressividade. No Brasil o único psicoestimulante disponível é o metilfenidato. Nos Estados Unidos encontra-se ainda a dextroanfetamina (Dexedrine) e o Pemoline (Cylert).

Há também uma substância que mistura anfetamina e dextroanfetamina que é o Adderall. A metanfetamina também está disponível nos Estados Unidos (Dsoxyn), porém seu uso é mais limitado pelo elevado risco de causar dependência. Existem diferenças individuais com relação ao uso de psicoestimulantes, de modo que algumas crianças respondem melhor a determinadas drogas que a outras.

Os efeitos dos psicoestimulantes são evidentes, sobretudo no comportamento e aprendizagem de crianças com distúrbio de hiperatividade e déficit de atenção. O comportamento, medido por distintas escalas de avaliação, melhora em 73 a 77% das crianças em uso de estimulantes, enquanto a melhora é de apenas 39 % em crianças usando placebo (BARKLEY, 1975).

O mecanismo de ação central dos psicoestimulantes não é totalmente conhecido. Acredita-se que a dextroanfetamina aumente as atividades das catecolaminas no SNC, sobretudo pelo aumento da disponibilidade de noradrenalina e dopamina na fenda sináptica. O metilfenidato tem uma estrutura química semelhante à da dextroanfetamina, sendo que o seu efeito parece ser predominantemente dopaminérgico.

Há duas hipóteses em voga sobre os efeitos centrais dos psicoestimulantes. Gualtieri *et al.* (1983), defendem que os estimulantes atuam diminuindo as flutuações na vigília, atenção e reatividade do SNC, aumentando a tenacidade pelo aumento da inibição cortical. Haenlein & Caul, (1987), propõem que os estimulantes aumentam a vigília do SNC, criando uma persistência nas respostas às atividades.

## Psicomiméticas

Os alucinógenos são um grupo diversificado de drogas que alteram a consciência de uma pessoa sobre o que está ao seu redor, bem como seus próprios pensamentos e sentimentos. Eles são comumente divididos em duas categorias: alucinógenos clássicos (como LSD) e drogas dissociativas (como PCP). Ambos os tipos de alucinógenos podem causar alucinações ou sensações e imagens que parecem reais, embora não sejam. Além disso, as drogas dissociativas podem fazer com que os usuários se sintam fora de controle ou desconectados de seu corpo e ambiente.

O alucinógeno, droga psicodélica, droga alucinógena ou droga alucinogénica é, literalmente, uma substância capaz de provocar alucinações. Os alucinógenos distorcem e intensificam as sensações, mas os efeitos efetivos variam bastante e são extremamente imprevisíveis. Os principais perigos são os efeitos psicológicos e o discernimento prejudicado que eles provocam. A maioria das pessoas tem consciência de que está tendo alucinações e é possível conversar racionalmente com elas.

Os alucinógenos podem ser derivados de plantas ou ser produtos químicos artificiais (sintéticos). Alguns exemplos comuns incluem:

- LSD ou dietilamida do ácido lisérgico (derivado de um fungo);
- Psilocibina (derivada de vários tipos de cogumelos);

- Mescalina (derivada do cacto peiote);
- N,N-dimetiltriptamina (DMT);
- 5-metoxi-N,N-di-isopropiltriptamina (5-MeO-DIPT).

## Discussão

Ficar muito tempo em casa pode intensificar comportamentos que levam ao sedentarismo e contribuem para ansiedade e depressão, o que pode resultar em uma série de condições crônicas de saúde (JAKOBSSON, 2020). O distanciamento social ocasiona mudanças no padrão de convivência nos ambientes de trabalho e laços familiares, despertando sentimentos de solidão, medo e ansiedade generalizada, juntamente ao temor ocasionado pela alta taxa de transmissão viral, em decorrência de rapidez, invisibilidade, e morbimortalidade da COVID-19 (BEZERRA *et al.*, 2020). Desta forma é importante que a população seja esclarecida sobre a necessidade da redução do comportamento sedentário durante o período de isolamento social.

Segundo estudos de Crochemore *et al.* (2020), cerca de um quarto dos participantes relataram a prática de atividades físicas como ginásticas, esportes, caminhadas ou corridas no seu lazer durante a pandemia, sendo majoritariamente realizada em casa e sem orientação de profissionais de Educação Física. Além disso, importantes desigualdades foram observadas desfavoráveis às mulheres e aos menos escolarizados. Diferenças absolutas na prevalência de prática de atividade física de lazer durante a pandemia de 20 e 40 pontos percentuais foram descritas entre homens e mulheres e entre grupos de maior e menor escolaridade, respectivamente.

Estudo de Martins *et al.* (2020) verificou os efeitos diretos e indiretos do nível socioeconômico, idade, porcentagem de gordura corporal e sintomas depressivos na prática de atividade física entre adultos. Observou-se a relação significativa entre a idade e a variável atividade física, sintomas depressivos e gordura corporal. A variável sintomas depressivos foi influenciada pelo percentual de gordura corporal e pelo nível socioeconômico e que o nível socioeconômico tem efeito direto, negativo e significativo em relação aos sintomas depressivos.

De acordo com o estudo de (BEZERRA *et al.*, 2020), observaram-se diferenças estatisticamente significantes que, pessoas que estão em isolamento social sentem mais medo de serem infectadas pelo SARS-CoV-2 e exprimem maior preocupação se alguém precisar sair de casa. Das pessoas que se sentem tristes ou preocupadas com a pandemia durante o isolamento social, 65,5% estão fazendo outras atividades - como exercício físico, práticas religiosas, atividades lúdicas e 26,7% ainda não pensaram numa solução para esse problema.

Com relação aos exercícios físicos, em suas características gerais, há peculiaridades de curto prazo, como a melhora endógena na liberação de substâncias opioides que provocam bem-estar, como a endorfina (TAYLOR *et al.*, 1994). Ainda se podem considerar as melhorias fisiológicas provocadas pelos efeitos dos exercícios, que equilibram o funcionamento dos sistemas nervosos simpático e parassimpático, auxiliando no controle de hormônios glicocorticoides e adrenérgicos que, sendo controlados adequadamente, proporcionam ao organismo condições de remodular os neurorreceptores desplastificados por agentes estressores intrínsecos (ROEDER, 2004; STELLA *et al.*, 2004).

Exercitar regularmente é uma das maneiras mais fáceis e eficazes de reduzir os sintomas do TDAH e melhorar a concentração, a motivação, a memória e o humor. A atividade física aumenta imediatamente os níveis de dopamina, norepinefrina e serotonina do cérebro, tudo isso afetando foco e atenção. Desta forma, o exercício funciona da mesma forma que medicamentos, como Ritalina® e Adderall®.

Além das hipóteses sobre os ajustes fisiológicos provocados pelos exercícios na analogia dos efeitos com os antidepressivos, a retirada do exercício físico após ter-se adquirido o hábito da prática provoca aumentos na percepção de fadiga psicológica e a fadiga, de acordo com estudos de Berlin (2006), antecede o agravamento dos sintomas depressivos.

Nas situações práticas o clínico procurará escolher, dentre as drogas que pesquisas bem conduzidas verificaram ser eficazes para o transtorno que o paciente apresenta, a mais apropriada, levando em conta, além do diagnóstico, o perfil dos sintomas, a resposta em usos anteriores, a idade, a presença de problemas físicos, outras drogas em uso com as quais a nova droga possa interagir, dentre outros.

A assistência farmacêutica em saúde mental é contemplada pela portaria 1.077 de 1999, visando assegurar medicamentos básicos para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção nesta área. Nesta portaria, são referidos alguns requisitos para o recebimento dos recursos financeiros, entre eles a estimativa epidemiológica das patologias de maior prevalência nos serviços, objetivando a utilização racional dos psicofármacos.

Assim, os transtornos mentais acabam sendo tratados de uma forma medicalizada, sendo observadas algumas causas para esta medicalização excessiva: fatores relacionados com o médico, por não revisar as causas de diagnóstico e medicamentos prescritos inicialmente ou por outros especialistas, pressão da indústria farmacêutica ou pouca informação sobre o manejo de psicofármacos; fatores sociais ou estruturais do sistema de saúde, como o aumento da prevalência de doenças susceptíveis de serem tratadas com medicamentos, falta de tempo na consulta médica ou inexistência de terapias psicológicas alternativas e/ou complementares ao uso de psicofármacos.

## CONCLUSÃO

O uso de psicofármacos no tratamento dos transtornos mentais, a partir dos anos 50, mudou radicalmente a falta de perspectivas que até então prevalecia no campo da psiquiatria e da saúde mental, provocando uma ampla reformulação das concepções e práticas vigentes, de tal forma que na atualidade, conhecer os medicamentos existentes, as evidências que embasam seu uso, são essenciais para um efetivo trabalho nestas áreas, mesmo para aqueles profissionais que se dedicam preferentemente à prática psicoterápica.

É sabido que a decisão de utilizar ou não um psicofármaco depende do diagnóstico que o paciente apresenta, incluindo eventuais comorbidades bem como a sintomatologia associada a tal doença. Diante de tantos transtornos os medicamentos são o tratamento preferencial, estes por sua vez contam como terapia de primeira escolha utilizados por exemplo na esquizofrenia, transtorno bipolar, ansiedade, depressões graves ou no controle

de ataques de pânico. Em outros, como nas fobias específicas, transtornos de personalidade, problemas situacionais as psicoterapias podem ser a primeira opção. E em muitas situações o ideal talvez seja a combinação de ambos os métodos, sempre levando em consideração a medicalização de primeira escolha, iniciando sempre em doses menores até o aumento da mesma caso a necessidade do paciente.

Esta percepção condiz com a ideia de que é necessário compreender a adesão do paciente ao tratamento como um processo. Este processo possui três componentes principais: a noção que o paciente tem de doença, a sua ideia de melhora ou de cura dessa doença e o lugar em que o médico ocupa como imaginário para este paciente. Ou seja, a adesão do paciente trata-se de um processo complexo, condizente com as respostas dos pesquisados.

No tratamento de depressões leves ou moderadas, resultantes de problemas situacionais, relacionados a eventos vitais ou em resposta a estressores ambientais deve-se dar preferência ao uso de alguma modalidade de psicoterapia: terapia psicodinâmica, cognitiva, interpessoal, comportamental ou até mesmo o simples apoio psicológico, associando-se, eventualmente, por curto espaço de tempo um ansiolítico, se houver ansiedade ou insônia associadas.

Manter a rotina da prática regular de atividade física pode oferecer também benefícios psicológicos, como promover a sensação de bem-estar. Esse é um fator importante a ser observado, uma vez que a nova rotina proposta pela pandemia pode ser um fator estressante e gatilho para a ansiedade.

Nesse sentido, manter a prática de atividade física regular, exercitar-se rotineiramente em um ambiente doméstico seguro é uma estratégia importante para uma vida saudável e ajudará no retorno das atividades de vida diária após o período crítico de disseminação do novo Coronavírus. E as vantagens valem para crianças, adultos e idosos e devem ser acompanhadas por um profissional capacitado. Então, empurre os móveis da sala e aproveite o espaço para se movimentar!

O uso dos psicofármacos é atual e presente como opção de tratamento nos sintomas dos sofrimentos mentais, seja pela praticidade e rapidez na obtenção de satisfação, ou amenização desses sintomas. Finalmente, o uso de medicamentos neupsicológicos e a psicoterapia psicanalítica apresenta-se como uma associação benéfica, capaz de absorver e integrar os aspectos da personalidade e da estrutura psíquica do sujeito. A implantação de cuidados integrais ao indivíduo com sofrimento mental/emocional são processos urgentes e necessários no campo da assistência à saúde, visto possuir potencialidades para diminuição do sofrimento cotidiano dos sujeitos acometidos por esses transtornos, uma equipe multidisciplinar faz toda a diferença no que diz respeito à integralidade do indivíduo perante a família e sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARKLEY, R., & ULLMAN, D. Uma comparação de medidas objetivas de atividade e distração em crianças hiperativas e não hiperativas. Journal of Abnormal Child Psychology, v. 3, p. 231, 1975.

BARREIRA, C.R.A. *et al.* Perspectivas em Psicologia do Esporte e Saúde Mental sob a Pandemia de Covid-19. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 40, e243726, 2020.

BARREIROS, J.A.B. A. Explicitação dos processos de mudança em psicoterapia de orientação psicodinâmica em pacientes com dor crônica. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Instituto Universitário, Lisboa, Portugal, 2012.

BENIA, L.R. Desemprego: luto ou melancolia. 2000. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2000.

BERLIN A.A. Depressive mood symptoms and fadigue after exercise withdrawl: the potential role of decreased fitness. Psychossomatic Medicine, v. 68, p. 224, 2006.

BEZERRA, A.C.V. *et al*. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. Ciência e Saúde Coletiva, v. 25, p. 2411, 2020a.

BEZERRA, C.B. *et al*. Impacto psicossocial do isolamento durante pandemia de covid-19 na população brasileira: Análise transversal preliminar. Saúde e Sociedade, v. 29, e200412, 2020b.

BEZERRA, M.L.M. Psicofarmacologia e psicoterapia: mitos, benefícios e interferências. In: Encontro paranaense, congresso brasileiro, convenção BRASIL/LATINO-AMÉRICA, *Anais.* Curitiba: Centro Reichiano, 2008.

BLIN O. A comparative review of new antipsychotics. The Canadian Journal of Psychiatry, v. 44, p. 235, 1999.

BOTEGA, N.J. Prática psiquiátrica no hospital geral. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CABRAL, A.C.C. & FABRI, R.F. Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 27, p. 32, 2005.

CADEGIANI, F.A. & KATER, C.E. Novel causes and consequences of overtraining syndrome: the EROS-DISRUPTORS study. BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation, v. 11, 2019.

CARDOSO, L & GALERA, S.A.F. Doentes mentais e o seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, p. 161, 2009.

CASPERSEN, C.J. *et al***.** Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports, v. 100, p. 126, 1985**.**

CROCHEMORE-SILVA, I. *et al*. Prática de atividade física em meio à pandemia da COVID-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v. 25, p. 4249, 2020.

DALMOLIN, C.C. *et al*. RECIIS. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 3, p. 191, 2009.

DE VEAUGH-GEISS, J. *et al.* Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Archives Of General Psychiatry, v. 48, p. 730, 1991.

DUMITH, S.C. *et al.* Preditores e condições de saúde associados à prática de atividade física moderada e vigorosa em adultos e idosos no sul do Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 22, e190023, 2019 .

EELLS, T.D. Psychotherapy versus medication for unipolar depression. Journal of Psychotherapy Practice and Research, v. 8, p. 170, 1999.

FRANCO, L.T. A impressão de psicoterapeutas em treinamento sobre a importância de psicotrópicos para o tratamento de sofrimentos psíquicos. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universalidade Católica de Brasília, Brasília, 2012.

FREY, B.N. *et al*. A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, p. 118, 2004.

GENTIL, V. *et al.* Clomipramine-induced mood and perceived performance changes in selected healthy individuals. Journal of Clinical Psychopharmacology, v. 27, p. 314, 2007.

GREVET, H.E. & CORDIOLI, A.V. Depressão maior e distimia algoritmo. In: Cordioli AV. Psicofármacos: consulta rápida. Porto Alegre: Artes Médicas, 2ª Edição, 2000.

GUALTIERI, C.T. *et al*. Distúrbios de linguagem em crianças encaminhadas para serviços psiquiátricos. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v. 22, p. 165, 1983.

HAENLEIN, M. & CAUL, W.F. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: Uma hipótese *específica de disfunção de recompensa.* Jornal da Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente, v. 26, p. 356, 1987.

HALABCHI. F. *et al*. COVID-19 Epidemic: Exercise or Not to Exercise; That is the Question! Asian J Sports Med. 2020 Mar 17;11(1).

JAKOBSSON J. *et al.* Physical Activity During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Prevention of a Decline in Metabolic and Immunological Functions. Front Sport Active Living, v. 2, p. 1, 2020.

JIMÉNEZ-PAVÓN, D. *et al*. O exercício físico como uma terapia para lutar contra as consequências mentais e físicas da quarentena COVID-19: enfoque especial em pessoas idosas. Progress in Cardiovascular Diseases, v. 63, p. 386, 2020.

MALTA, D.C. *et al*. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, e2020407, 2020.

MARTINS, T.C.R. *et al.* Influência do nível socioeconômico, idade, gordura corporal e sintomas depressivos na frequência de atividade física em adultos: uma análise de caminhos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 3847, 2020.

OCCHINI, M. & TEIXEIRA, M. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. Estudos de Psicologia, v. 11, p. 229, 2006.

PICINELLI, M. *et al*. Efficacy of drug treatment in obsessive- compulsive disorder. British Journal of Psychiatry, v. 166, p. 424, 1995.

PITANGA, F.J.G. *et al*. Atividade Física e Redução do Comportamento Sedentário durante a Pandemia do Coronavírus. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 114, p. 1058, 2020.

RIBEIRO, J.P. Processo de mudanças em psicoterapia: reflexões sobre uma teoria da psicoterapia. Arquivo Brasileiro de Psicologia, v. 36, p. 99, 1984.

ROCCA, P. *et al*. Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 95, p. 444, 1997.

ROEDER, M.A. Atividade Física, Saúde Mental & Qualidade de Vida. 1ª edição. Rio de Janeiro: Shape; 2004.

SADOCK, B.J. Signs and Symptoms in Psychiatry. In: SADOCK, B.J & SADOCK V.A. (Ed). Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 677-89.

SAMPAIO, A.R. *et al.* Relação dose-resposta entre nível de atividade física e desfecho sem saúde. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 12, 2013.

SILVA, F.E. *et al*. Physical education role during coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic Physical education and COVID-19. Motriz: Revista de Educação Física, v. 26, e10200086, 2020 .

SIMPSON, R.J. *et al*. Can exercise affect immune function to increase susceptibility to infection? Exercise Immunology Review, v. 26, p. 8, 2020a.

SIMPSON, R. *et al*. The immunological case for staying active during the COVID-19 pandemic. Brain, Behavior, and Immunity, v. 87, p. 6, 2020b.

STELLA S.G, *et al*. Transtornos de humor e exercício físico. In: MELLO, M.T. & TUFIK, S. Atividade Física, Exercício Físico e Aspectos Psicofisiológicos. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004.

TAYLOR, D. *et al*. Acidosis stimulates beta-endorphin release during exercise. Journal of Applied Physiology, v. 77, p. 1913, 1994.

TENGAN, S.K. & MAIA, A.K. Psicoses funcionais na infância e adolescência. Jornal de Pediatria, v. 80, p. 3, 2004.

TRIVEDI, M.H. & KLEIBER, B.A. Algoritm for the treatment of chronic depression. The Journal of Clinical Psychiatry, v. 62, p. 22, 2001.

WERNECK, A.O. *et al* . Lifestyle behaviors changes during the COVID-19 pandemic quarantine among 6,881 Brazilian adults with depression and 35,143 without depression. Ciência e Saúde Coletiva, v. 25, p. 4151, 2020 .

# CAPÍTULO 38

## A IMPORTÂNCIA DE UMA INTERVENÇÃO AMPLA NO PROCESSO PSICOPATOLÓGICO DA ANOREXIA NERVOSA E DA BULIMIA NERVOSA NA CONTEMPORANEIDADE

*Palavras-chave: Bulimia Nervosa; Anorexia Nervosa; Transtornos Psiquiátricos*

MAYRA LOURES DE OLIVEIRA[1]
LARISSA REZENDE LIMA PEREIRA[1]
AGDA LOUISE CARDOSO MALTA[3]
ANDRESSA OLIVEIRA RIBEIRO[2]
EMILLY ANDRADE MARTINS[2]
GABRIELA BERCHIOL VIEIRA[4]
IZABELLA DE CASTRO CABRAL KNEIP[1]
JÚLIA PEREIRA SOARES[2]
LARISSA MARTINS QUINTANA[1]
LEONARDO GALVÃO ALBANO[2]
LETÍCIA CASTRO DE SOUZA RODRIGUES[1]
MARIANE MERCHED LIMA[2]
MIKAELLY FARIA DE SOUZA[5]
RHAIMEI IZORAI GONÇALVES BARBOSA[2]
YARA MARTINS CERQUEIRA[2]

1. Discente – Centro Universitário de Caratinga.
2. Discente – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
3. Discente – Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga.
4. Discente – Universidade Federal da Integração Latina Americana.
5. Discente – Universidade Iguaçu Itaperuna.

## INTRODUÇÃO

Transtornos alimentares (TAs) são caracterizados como quadros psicopatológicos que consistem em uma grave e persistente perturbação nos hábitos nutricionais, levando o indivíduo a uma severa modificação do comportamento alimentar, ocasionando danos à saúde física e psicossocial da população acometida. São transtornos psiquiátricos com elevadas taxas de incapacidade, mortalidade, morbidade física e psicológica com redução na qualidade de vida (NETO *et al*., 2019; SIQUEIRA *et al*., 2020; VERAS *et al*., 2018; MANOCHIO *et al*., 2020; OLIVEIRA *et al*., 2020; MORAES *et al*., 2016).

Sua etiologia é derivada de inúmeros fatores, desde predisposição genética até interferências socioculturais, psicológicas e biológicas. São observadas algumas atitudes recorrentes nos TAs, como o desejo de obter um emagrecimento rápido por meio de dietas permanentes ou por mecanismo compensatórios como vômito autoinduzido e exercícios excessivos, podem ser mais observados em mulheres jovens. Existem diversos diagnósticos da forma subclínica dos transtornos alimentares, dentre eles os que mais se destacam são: anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) (NETO *et al*., 2019; COSTA & MELNIK, 2016).

A AN, um dos quadros clínicos dos TAs mais comuns, se manifesta pela recusa em preservar um peso saudável apropriado para o próprio corpo. Dessa forma, a pessoa adota um hábito alimentar que visa uma diminuição das porções a serem ingeridas, associado a uma mastigação lenta, além de pensamentos restritivos e obsessivos acerca dos efeitos das refeições no seu peso. Ademais, os indivíduos que apresentam esse transtorno sofrem por manifestar uma autopercepção contorcida da sua realidade corpórea, o que gera intensas reações de ansiedade durante as práticas alimentares e leva o indivíduo a um peso corporal extremamente baixo (NETO *et al*., 2019, VERAS *et al*., 2018; MANOCHIO *et al*., 2020; ORNELAS & SANTOS, 2017).

É observado ainda, que a AN provoca distúrbios comportamentais e cognitivos, que proporcionam o aumento de práticas excessivas de atividade física e de longos períodos de jejum, com o objetivo de manter um déficit calórico. Concomitante a isso, o uso de enêmas, diuréticos, laxantes e indução de vômito, se mostram bastante frequentes nessa parcela da população (CARVALHO *et al*., 2020).

As consequências da utilização desses métodos agressivos são: baixo peso, retardo no crescimento e desenvolvimento anormal, alterações no fluxo sanguíneo cerebral, alterações endócrinas, anemia, lesões no sistema gástrico, osteoporose, com possíveis danos permanentes, alterações hidroeletrolíticas, hipotermia, pielonefrite decorrente da baixa imunidade, bradicardia, erosão no esmalte dentário e infertilidade, mesmo após a normalização do peso. Além disso, interfere diretamente no processo de aprendizagem e nas relações sociais do indivíduo (CARVALHO *et al*., 2020).

Já na BN são observados eventos periódicos de compulsão alimentar associado a práticas compensatórias com o uso de laxantes, atividade física exagerada e vômitos, com intuito de eliminar todo o alimento ingerido em excesso. Como na AN, as pessoas acometidas por BN também apresentam uma distorção da própria imagem corporal, enaltecendo um carácter de auto-julgamento, por isso, geralmente, é um ato que é mantido

em segredo, o que prejudica a percepção dos indícios do distúrbio por terceiros (NETO *et al*., 2019; VERAS *et al*., 2018; OLIVEIRA *et al*., 2020; KUNDE *et al*., 2017; DINIZ & LIMA, 2017).

Os sentimentos de vergonha, tristeza e condenação são muitas das vezes, estimulados na BN, o que provoca um isolamento social evidente despertando episódios depressivos (SANTOS *et al*., 2015). As manifestações podem repercutir de maneira considerável na qualidade de vida dos pacientes, por implicar em restrições no dia a dia com vigorosa angústia psíquica e física, acarretando posicionamentos caóticos no convívio profissional, nas relações afetivas e nos processos de aprendizagem (CARDOSO *et al*., 2018).

A gravidade da BN é pautada na frequência dos comportamentos bulímicos considerados impróprios, que podem levar o indivíduo a apresentar atitudes consideradas impulsivas, costumam ser mais repreensivos quanto a si próprios, além de manifestar baixa auto-estima e agir exageradamente em situações estressantes. É observado ainda, que esses pacientes podem manifestar alguns transtornos, como de ansiedade, de bipolaridade e de personalidade, os quais podem estar associados simultaneamente aos sintomas bulímicos (PEREIRA *et al*., 2020).

O objetivo do trabalho é realizar uma revisão bibliográfica que analisa os prejuízos à saúde dos portadores de transtornos alimentares, com ênfase na anorexia nervosa e na bulimia nervosa, evidenciando a importância do diagnóstico e do tratamento precoce na atenção desses indivíduos na sociedade moderna. Uma vez que o assunto tem ganhado uma visibilidade no âmbito da psiquiatria.

## MÉTODO

O estudo representado trata-se de uma revisão integrativa, buscando discutir sobre a importância de uma intervenção ampla no processo psicopatológico da AN e da BN na sociedade moderna, abordando a distinção entre elas, com ênfase no cuidado desses pacientes. Por serem dois TAs bastante relevantes, foram abordados os mecanismos de prevenção, diagnóstico e tratamento, tudo isso fundamentado na atuação de uma equipe multidisciplinar capacitado para essa psicopatologia. A busca bibliográfica constará de artigos de revistas científicas e sites oficiais da área da saúde como em bancos de dados como: SciELO, PubMed e Google Acadêmico. Artigos em língua portuguesa e inglesa publicados, preferencialmente, entre os períodos de 2015 a 2020 foram incluídos como critério de seleção. Foram utilizados 21 artigos com os seguintes descritores: “Transtornos Alimentares”, “Bulimia Nervosa”, “Anorexia Nervosa” e “Transtornos Psiquiátricos”.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

É notório que a contemporaneidade está evoluindo em diversas áreas, como por exemplo na tecnologia, na educação, na saúde. Em contrapartida, a busca por uma aparência perfeita, representado pela figura atrativa feminina com o corpo magro, tornou-se bastante evidente a partir de meados do século XX, por ser considerado o sexo mais vulnerável a imposições sociais, culturais e econômicas relacionados ao padrão estético (GUIMARÃES, 2018; NUNES *et al*., 2017; PEREIRA *et al*., 2020).

É inegável que a influência para adquirir a imagem denominada ideal costuma

passar por um auto-julgamento corporal, desequilíbrio no momento da alimentação, levando o indivíduo a inúmeros esforços do controle do peso sem êxito. Sendo assim, uma parcela da população encara nos dias de hoje, certo tipo de discriminação, rejeição e reprovação acerca do sobrepeso, desprezando as particularidades individuais, as limitações biológicas e genéticas. Essas pessoas, muitas das vezes, são identificadas como preguiçosas ou sem disciplina para obter o objetivo de perda de peso (GUIMARÃES, 2018; MOREIRA *et al*., 2017; NUNES *et al*., 2017; PEREIRA *et al*., 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza o período da adolescência no intervalo de idades entre 10 anos até 19 anos, sendo a fase marcada pela passagem da infância para a vida adulta. Por ser considerado uma temporada de grandes mudanças, é nela que é solidificada a personalidade, onde os mesmos sentem o desejo de estarem inseridos nos estereótipos padronizados como impecável para a inserção social (COSTA *et al*., 2019; ROSSATO *et al*., 2019).

Diante do exposto, observa-se que esses transtornos alimentares, como a AN e BN, são de origem psíquica, mas bastante influenciada pela determinação do padrão estético imposto pela mídia e pela sociedade contemporânea. Com intuito de atingir o objetivo de aprovação coletiva, existe uma tendência a aceitação de alguns métodos inapropriados para o controle do peso corporal, devido uma dissociação do corpo real e do corpo objeto de desejo (GUIMARÃES, 2018; MOREIRA *et al*., 2017; COSTA *et al*., 2019).

Em razão disso, alguns prejuízos podem ser observados frequentemente, como hipocalemia, perturbações endócrinas, hematológicas e gastrointestinais, diminuição da funcionalidade do sistema imunológico, deformações na matriz cerebral, aumento dos triglicérides plasmáticos e do comprometimento cardíaco e muscular. Concomitante a esses danos, pode haver, ainda, acometimento da saúde bucal, uma vez que elevam a constância de aparecimento de cáries e perda dos dentes (MANOCHIO *et al*., 2018).

Para tanto, existe o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), o qual é utilizado para orientar os profissionais de saúde a realizarem diagnósticos de transtornos psiquiátricos por meio da apresentação das manifestações clínicas do doente. É nesse manual que se encontram os critérios que devem ser seguidos para identificar os sinais e os sintomas expostos dos TAs, incluindo a AN e a BN (PEREIRA *et al*., 2020, COPETTI & QUIROGA, 2018).

De acordo com a remissão parcial ou completa das manifestações apresentadas pelo paciente, o responsável pela terapêutica adotada deve levar em conta o nível de gravidade e o grau de incapacidade funcional que o mesmo expressa (PEREIRA *et al*., 2020). Para realizar o diagnóstico de AN e BN devem ser levados em consideração os danos psicossociais relevantes que podem estar vinculados com fenômenos orgânicos e emocionais (SOUZA *et al*., 2019; COPETTI & QUIROGA, 2018).

Concomitante isso, os sinais mais recorrentes da AN são sentimentos de inferioridade, desnutrição, ansiedade e comportamentos de submissão. Já na BN, podem ser vistos de forma frequente alguns indícios de distúrbios hidroeletrolíticos, acometimentos na cavidade oral, sensação de raiva, traços depressivos e ainda, uma

complexa dificuldade de permanecer com vínculos interpessoais (COPETTI & QUIROGA, 2018; GOMES *et al*., 2019).

A doença em questão salienta como bom prognóstico quando o paciente apresenta sintomas leves a moderados, idade menor de início da patologia, diagnóstico precoce para início da terapêutica, reduzido índice de hospitalizações. Porém, ela pode exibir como mau prognóstico quando o indivíduo acometido depara-se com situações de começo tardio e períodos prolongados dos sinais e sintomas, peso inicial abaixo do esperado, péssimo convívio familiar preexistente, presença de manifestações bulímicas em quadros de AN, transtornos comórbidos, além de comportamento suicida e sintomatologia mais severa (MANOCHIO *et al*., 2018).

À vista disso, para que ocorra um tratamento eficaz dos TAs, torna-se fundamental que o profissional da saúde tenha conhecimento dos critérios de bom e mau prognóstico dessa doença, com o objetivo de definir com maior confiança o nível de intensidade e a melhor conduta terapêutica para a individualidade do paciente (MANOCHIO *et al*., 2020). Ademais, é preciso ainda que o paciente aceite e que tenha conhecimento dos processos de intervenção da doença, uma vez que os TAs geram grande impacto na vida e no cotidiano do acometido por essa psicopatologia (PEREIRA *et al*., 2020).

Sendo assim, o profissional possui o papel de promover uma atenção íntegra baseada em uma escuta atenta na tentativa de amenizar as angústias acarretadas pela patologia, além de solucionar os conflitos que prejudicam o aparelho psíquico, com o intuito de proporcionar uma boa adesão do paciente ao tratamento, evitando situações de abandono terapêutico. Com isso, faz-se necessário a atuação de uma equipe multidisciplinar, sendo composta por psicólogo, nutricionista, psiquiatra, dentista e médicos de outras especialidades quando for preciso (CARVALHO *et al*., 2020; DINIZ & LIMA, 2017; SOUZA *et al*., 2019).

Inicialmente, deve ser avaliado o estado nutricional do paciente com a finalidade de realizar uma monitoração acerca da necessidade de internação imediata do indivíduo com TA. Posteriormente, torna-se preciso oferecer um recurso terapêutico psicológico com base na orientação analítico-comportamental, com intuito de abordar variados fatores associados a causalidade e manutenção do transtorno(CARVALHO *et al*., 2020; DINIZ & LIMA, 2017; SOUZA *et al*., 2019).

Além disso, a intervenção da equipe multidisciplinar favorece uma avaliação funcional que propicia ao médico clínico assimilar o contexto que geram essas transformações na rotina alimentar e manipular as contingências e manutenção desse funcionamento. Ademais, esse conjunto de profissionais deve compreender como funciona a etiologia e a continuidade da patologia (CARVALHO *et al*., 2020).

Nesse contexto, existe a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) que tem auxiliado positivamente no quadro de pacientes que sofrem com transtornos alimentares, posto que essa terapia apresenta uma conduta baseada em evidências empíricas. Esse método tem oferecido alguns benefícios relacionados à elementos emocionais, cognitivos e comportamentais no tratamento de inúmeros transtornos psiquiátricos. Ainda, a TCC apresenta uma importância significativa na suavização dos sintomas e na precaução de recaídas, uma vez

que é considerada uma das psicoterapias padrão-ouro de intervenção para a BN (PEREIRA *et al.*, 2020; COPETTI & QUIROGA, 2018).

Para que haja um auxílio mais funcional para os sintomas acometidos, é preciso que o profissional, que realiza o acompanhamento, identifique as distorções que o paciente apresenta, sendo que os mesmos possuem uma visão errônea acerca do próprio peso e da forma corporal. Outro ponto relevante nesse processo, é a psicoeducação, a qual desempenha o papel de estabelecer um vínculo terapêutico satisfatório que favorece a uma boa adesão ao tratamento (PEREIRA *et al.*, 2020).

Ademais, é de suma importância ressaltar que a inserção familiar é um fator crucial na eficácia de resultados do tratamento dos TAs, uma vez que auxilia em uma formação de uma boa disposição de assistência, a qual os pais/cônjuges se tornam facilitadores de mudanças. Esse vínculo, família e paciente, propicia uma relação de apoio moral e psicológico, favorecendo a busca por resultados positivos na terapêutica (PEREIRA *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2019; COPETTI & QUIROGA, 2018).

Sabe-se que o tratamento dos TAs, de uma forma geral, é longo, árduo e muitas vezes apresenta resultados insatisfatórios. Isso ocorre pois além de promover a reabilitação nutricional, interromper os comportamentos que modificam o peso e melhorias nos hábitos alimentares, a equipe multidisciplinar deve, ainda, agir de forma efetiva no emocional e no psicológico do doente (MANOCHIO *et al.*, 2018). Por fim, o objetivo primordial da terapêutica baseia-se na busca por ganhos que viabilizem a redução dos sintomas e uma vida mais funcional (PEREIRA *et al.*, 2020).

## CONCLUSÃO

Nesse cenário, observa-se grande relevância clínica acerca da assistência ampla multidisciplinar, com a finalidade de amenizar os desafios encontrados no cuidado dos TAs, enfatizando AN e BN na sociedade moderna. Dessa forma, pode-se ressaltar a importância do diagnóstico precoce baseado no DSM-5 associado a um tratamento preciso que melhor adapte as individualidades de cada paciente que manifesta a doença.

Sendo assim, a conduta terapêutica deve abranger os fenômenos sintomatológicos orgânicos e psíquicos, não focando apenas na patologia propriamente dita, mas também em diminuir os prejuízos e as consequências físicas e emocionais que corroboram para desistência do tratamento.

Portanto, é imprescindível que ocorra mais investimentos em estudos voltados para a discussão de uma intervenção precoce das manifestações clínicas da AN e da BN, buscando garantir um tratamento ainda mais eficaz para obter remissão do quadro, ou até mesmo, de condutas preventivas eficientes, uma vez que o tema tem ganhado destaque na contemporaneidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARDOSO, E.A.O. *et al*. Qualidade de Vida em Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 34, p. 1, 2018.

CARVALHO, F.A. *et al*. Compreensão analítico-comportamental da anorexia nervosa. Psicologia, Saúde & Doenças, v. 21, p. 423, 2020.

COPETTI, A.V. & QUIROGA, C.V. Uma influência da mídia nos transtornos alimentares e na autoimagem em pacientes. Revista de Psicologia da IMED, v. 10, p. 161, 2018.

COSTA, J.R.S. *et al*. Conhecimento e comportamento de risco para anorexia e bulimia em adolescentes. Revista Baiana de Enfermagem, p. 1, 2019.

COSTA, M.B. & MELNIK, T. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. Jornal Einstein (São Paulo), v. 14, p. 235, 2016.

DINIZ, N.O. & LIMA, D.M.A. A atuação do psicólogo no atendimento a pacientes com transtorno alimentar de bulimia nervosa. Revista de Humanidades, v. 32, p. 214, 2017.

GOMES, A.T.A. *et al*. Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia: Revisão de Literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 26, p. 1, 2019.

GUIMARÃES, I.C.T. estado nutricional, avaliação de transtornos alimentares e autoimagem corporal em universitárias do rio de janeiro. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 12, p. 196, 2018.

KUNDE, F.R. *et al*. Perimólise em paciente portadores de bulimia nervosa do tipo purga: Revisão de Literatura. Revista de Divulgação Científica do ULBRA Torres, v. 1, p. 1, 2017.

MANOCHIO, M.G. *et al*. Significados atribuídos ao alimento por pacientes com Anorexia Nervosa e por mulheres jovens eutróficas. Revista Psicologia, v. 32, p. 120, 2020.

MANOCHIO, M.G. *et al*. Tratamento dos transtornos alimentares: perfil dos pacientes e desfecho do seguimento. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, v. 1, p. 32, 2018.

MORAES, J.M.M. *et al*. Fatores associados à insatisfação corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares entre estudantes de nutrição. Revista Pesquisa Saúde, v. 2, p. 106, 2016.

MOREIRA, D.E. *et al*. Transtornos alimentares, percepção da imagem corporal e estado nutricional: estudo comparativo entre estudantes de nutrição e de administração. Revista da Associação Brasileira de Nutrição, v. 8, p. 18, 2017.

NETO, L.M.L. *et al*. Diferenças nas concentrações de cortisol em adolescentes com transtornos alimentares: uma análise sistemática. Jornal de Pediatria (Versão em Português), v. 95, p. 18, 2019.

NUNES, L.G. *et al*. Fatores de risco associados ao desenvolvimento de bulimia e anorexia nervosa em estudantes universitários: uma revisão integrativa. HU Revista, v. 43, p. 61, 2017.

OLIVEIRA, J. *et al*. Prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares e uso de dieta ´´low-carb´´ em estudantes universitários. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 68, p. 183, 2020.

ORNELAS, E.D.V & SANTOS, M.A. Transtorno Alimentar e Transmissão Psíquica Transgeracional em um Adolescente do Sexo Masculino. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37, p. 176, 2017.

PEREIRA, F.O.L. *et al*. O tratamento da bulimia nervosa com base na terapia cognitivo-comportamental. Centro Universitário Tiradentes; Maceió - AL, 2020.

ROSSATO, M.L. *et al*. A importância do pai no tratamento sistêmico da anorexia nervosa. Pensando famílias, v. 23, p. 92, 2019.

SANTOS, F.D.G. *et al*. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional. Revista Odontologia Universidade Cidade São Paulo, v. 27, p. 33, 2015.

SOUZA, A.P.L. *et al*. Significados do abandono do Tratamento para Pacientes com Transtornos Alimentares. Psicol. cienc. prof., v. 39, p. 1, 2019.

VERAS, J.L.A. *et al*. Relação entre comportamento suicida e transtornos alimentares: uma revisão sistematizada. Revista Fundamental Care Online, v. 10, p. 289, 2018.

# CAPÍTULO 39

# TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: ASPECTOS CONCEITUAIS, PAPEL DA FAMÍLIA E DIREITOS DA PESSOA AUTISTA

*Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Saúde da Família; Criança*

ROBERTA CRISTINA GOMES FRANCO MOURA FÉ[1]
ELIANA CAMPÊLO LAGO[2]
MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES[3]
CARMEN VIANA RAMOS[4]
IVONIZETE PIRES RIBEIRO[5]
AMANDA ALVES DE ALENCAR RIBEIRO[6]

1. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI.
2. Pós-doutora pela Universidade de Brasília. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Maranhão.
3. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.
4. Nutricionista. Professora Titular do Centro Universitário UNINOVAFAPI.
5. Enfermeira. Professora Titular do Centro Universitário UNINOVAFAPI.
6. Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma psicopatologia grave proveniente da ausência de estruturas psíquicas fundamentais, diante da qual existe o risco de instalação de deficiências irreversíveis para o desenvolvimento psíquico. É considerada uma desordem não degenerativa no neurodesenvolvimento, de início precoce e curso crônico, que se estabelece antes dos três anos de idade e pode ser caracterizar por alterações na comunicação e na interação social, bem como, por padrões restritos e repetitivos de comportamento (SÁ, 2015).

Nesse contexto, o Autismo Infantil (AI) passou a ser agrupado em um contínuo de condições com várias similaridades, denominadas de Transtornos Globais (ou Invasivos) do Desenvolvimento (TGD). Mais recentemente, utilizou-se a denominação Transtornos do Espectro do Autismo para se referir a uma parte dos TGD, no caso o Autismo, a Síndrome de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação (TGD-SOE), não incluindo a Síndrome de Rett e nem o Transtorno Desintegrativo da Infância (BRASIL, 2014).

Pesquisas retratam várias vertentes relacionadas ao TEA, desde o princípio causal até a instituição de terapias de intervenção, visto que o autismo faz parte de uma psicopatologia de natureza multicausal e de espectro amplo e diversificado, necessitando de uma equipe multiprofissional para acompanhamento e levantamento de estratégias individualizadas, de acordo com a necessidade de cada indivíduo. No cenário científico, existem hipóteses de causas psicoafetivas que estabelecem a associação entre o autismo e as dificuldades na constituição subjetiva do sujeito e/ou as perturbações profundas na relação da criança com o meio.

Por outro lado, hipóteses direcionadas ao estudo da correlação do TEA com fatores neurobiológicos ou geneticamente determinados, propõem que o autismo decorre de condições genéticas, desequilíbrios e irregularidades cerebrais, alterações neuronais ou translocações cromossômicas (GUEDES & TADA, 2015).

Em relação à prevalência, de acordo com os critérios diagnósticos de inclusão, os índices podem variar de 2 a 113 casos de autismo para cada 10.000 habitantes (ONU, 2010), podendo alcançar números que chegam a uma proporção de 1 (um) caso a cada grupo de 50 crianças, como apontado por uma pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos pela Associação Americana de Psicologia (APA, 2013). A identificação precoce associada às ações de intervenção desde a idade pré-escolar é bastante recomendada, uma vez que as intervenções intensivas e de longo prazo elevam as potencialidades da criança, além de identificar as principais necessidades e habilidades que possam melhorar a qualidade de vida do portador e dos familiares (ZAQUEU *et al.*, 2015).

Em virtude da amplitude das áreas e dos contextos a serem trabalhados e estimulados, são várias as intervenções terapêuticas indicadas durante a assistência multiprofissional. Para a integralidade do atendimento diversificado, são incluídos acompanhamentos neurológicos e psiquiátricos, psicológicos, fisioterapêuticos, fonoaudiológicos e nutricionais, além de métodos e técnicas terapêuticas que podem auxiliar no tratamento do autismo (SCHWARTZMAN, 2011).

Nesse contexto, considerando-se a necessidade de intervenções prolongadas para o autismo, a família é o suporte essencial para o desenvolvimento da pessoa com autismo junto às terapias multiprofissionais (CUNHA, 2011; SILVA, 2012). Seguindo pesquisa, o atraso no desenvolvimento infantil decorrente dos sintomas do espectro autista traz diversas implicações para a dinâmica familiar, desde a sobrecarga física e mental – advindas das atribuições e mudanças repentinas no cotidiano – até altos níveis de estresse e dificuldades de adaptação à nova realidade, onde o foco principal será sempre o desenvolvimento da criança através de estimulação frequente e constante no ambiente familiar, além das frequentes terapias e intervenções para auxiliar na evolução da criança e na qualidade de vida familiar (MISQUIATTI *et al.*, 2015).

Frente a esses elementos, o presente estudo objetivou avaliar os principais aspectos que circundam o TEA, destacando os aspectos conceituais, desafios e dificuldades, o papel da família e os direitos da pessoa autista.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa, pautado nos aspectos que circundam a realidade do TEA. Buscou-se a seleção de estudos que focassem na avaliação dos eixos família-criança, visando o diagnóstico dos principais obstáculos vivenciados e a delimitação das características dessa realidade. A investigação foi realizada a partir da busca e análise da literatura publicada em livros, artigos e periódicos científicos, na interpretação e na observação crítica do autor. Diante dos resultados coletados, os conteúdos foram organizados para a construção da discussão do presente estudo e, também, para a elaboração de uma cartilha com abordagem voltada à elucidação dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista (Anexo I).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por se tratar de uma condição neurobiológica crônica e com severidade acentuada na interação/comunicação social e, também, caracterizada por um uma série de comportamentos restritos e estereotipados em relação a interesses e atividades. o autismo tem fortes implicações secundárias na qualidade de vida familiar, causando muitas vezes a sobrecarga emocional e alta demanda de preocupações constantes quanto aos cuidados com a criança (MORETTO *et al.*, 2020).

O impacto vivido pelos pais e/ou familiares da criança com atraso no desenvolvimento infantil denota uma sobrecarga emocional profunda, visto que – muitas vezes – os núcleos familiares ainda não estão preparados para receber um diagnóstico que traz tantas dúvidas e incertezas em relação ao futuro, além de modificar profundamente o cotidiano familiar com o processo de readaptação de todos os membros envolvidos em prol do desenvolvimento da criança. E a família é quem proporciona o primeiro contato socioadaptativo para as crianças, que devem ser acolhidas e amparadas de forma integral e equânime, tendo suas necessidades atendidas e suas limitações investigadas o mais precocemente possível (LAI *et al.*, 2015).

Deste modo, é de suma importância que os pais estejam atentos ao desenvolvimento de seus filhos, recorrendo sempre que necessário a profissionais capacitados e aptos a realizarem uma

avaliação detalhada e individualizada da criança, buscando esclarecer dúvidas em relação ao desenvolvimento e às dificuldades e desafios vivenciados no cotidiano, que podem se agravar no decorrer do tempo (ROBERTS *et al.*, 2017).

A literatura mostra a sobrecarga emocional dos pais como um dos principais desafios encontrados por famílias com crianças com diagnóstico de autismo, ressaltando-se uma maior tensão física e psicológica direcionada às mães. Diversos estudos voltados à análise desses contextos têm identificado também o elevado risco de as mães sofrerem com estresse, sintomas depressivos e/ou de ansiedade, além de fadiga física e mental. Esse conjunto de manifestações decorre das preocupações contínuas e dos cuidados intensivos em relação às atipias comportamentais da criança (MORETTO *et al.*, 2020). Ademais, outro estudo identificou que, dentre as principais dificuldades enfrentadas pelas mães de autistas, destacam-se os problemas de comportamento e as dificuldades com atividades de vida diária (vestir, higienizar-se, sair desacompanhado) (SCHMIDT *et al.*, 2007).

O TEA abriga graus variáveis de intensidade e sintomas, que transitam desde uma deficiência com ausência total de comunicação, déficit cognitivo e comorbidades associadas, até a existência de uma relativa autonomia associada a capacidades intelectuais por vezes fora do padrão. A adesão a rotinas rígidas e inflexíveis aliada à dificuldade para a aceitação de mudanças são características do portador de TEA e causam alterações na rotina de toda a família, implicando uma série de adaptações, tanto no ambiente interno quanto na participação da família na comunidade (CEZAR & SMEHA, 2016).

A faixa etária também é fator de influência na tipologia dos sintomas e comportamentos de pessoas com TEA. De acordo com relatos dos pais/familiares, com o avançar da idade, os problemas vão se relacionando mais com a vida exterior do que com o núcleo familiar, sendo presentes problemas como: dificuldades de inserção na sociedade, inadequação de comportamento rígidos/inflexíveis e limitações nos relacionamentos. Enquanto isso, as dificuldades vivenciadas por familiares de crianças com TEA estão mais direcionadas às angústias ligadas ao papel do cuidado, aos comportamentos problemáticos em casa e às responsabilidades parentais em geral (POLLIO *et al.*, 2016).

Os cuidados dispensados para uma criança com TEA atrelados às mudanças na rotina dos familiares – tais como: hábitos, gastos financeiros, relações sociais e profissionais – podem ser percebidas como um evento desencadeador de estresse para os membros da família, cuidadores e pessoas mais próximas, levando-os a uma sobrecarga física e emocional. O sentimento de perda dos pais, em especial das mães, é retratado nos estudos e se expressa no abandono de projetos familiares, no abandono do trabalho, do lazer, das relações sociais em detrimento do problema do filho, inviabilizando ou postergando suas realizações pessoais. As vivências de perda se repetem ao longo do ciclo vital do autista dificultando a interação familiar, e exigindo adaptação permanente e mudança de papel (CAMPELO *et al.*, 2014; POLLIO *et al.*, 2016).

Alguns pesquisadores entendem que o maior desafio que se impõe a estas famílias é vivenciado no ano seguinte ao anúncio do

diagnóstico do transtorno do espectro autístico, com a reorganização ou organização criativa, vinculada a todas as mudanças e adaptações necessárias no pós-diagnóstico (PINTO, 2016).

Estudos confirmam que a convivência com o autismo dentro da família implica em um aumento dos níveis de estresse e insegurança quanto às habilidades necessárias para o cuidado com a criança autista; por outro lado, também se revela o importante empenho no desenvolvimento de recursos e suporte no trabalho de adaptação e tratamento na dinâmica familiar. Nesse contexto, percebe-se que a compreensão dos fatores subjetivos singulares, que circundam os processos de reajuste na relação com a pessoa autista, é fundamental para o estabelecimento de uma dinâmica familiar funcional (SOUZA & ALVES, 2014).

Evidencia-se que o desenvolvimento adaptativo no cotidiano de pais e familiares abrange mudanças extremas, principalmente nos eixos social, profissional e psicológico. E, muitas vezes, o desconhecimento sobre a patologia intensifica os sentimentos de desespero e instabilidade dos familiares frente à nova realidade, diante das limitações de entendimento sobre essa condição e dos desafios de reajuste nos planos e expectativas quanto ao futuro, além da necessidade de adaptar-se à intensa dedicação e prestação de cuidados das necessidades específicas do filho.

Nesse momento, um dos suportes mais importantes está associado ao vínculo entre a criança, a família e os profissionais de saúde que acompanham o processo de diagnóstico e tratamento. Essa inter-relação se reflete positivamente no modo como os familiares irão enfrentar as novas circunstâncias, trazendo também à discussão a importância fundamental da oferta de atenção e cuidados aos pais/familiares/cuidadores, focados no acolhimento e na orientação para o desenvolvimento de estratégias adequadas para o manejo das alterações e adaptações na rotina diária. Além disso, a proatividade da equipe multiprofissional envolvida no acolhimento da criança e das famílias é determinante no prognóstico da doença. A percepção ativa dos sintomas e comportamentos da criança, o entendimento das limitações, estresse e preocupações dos familiares e a manutenção dos vínculos com esses dois eixos, facilitam o desenvolvimento de um cuidado mais integrado e estruturado (ANJOS & MORAIS, 2021).

## CONCLUSÃO

A partir das análises e discussões do panorama exposto, denota-se que as principais dificuldades e desafios vividos no cotidiano das famílias são de ordem social, entrelaçados a questões individuais, como nível de comprometimento da criança e intermediadas por redes de apoio, onde o objetivo das famílias é o desenvolvimento de seus filhos e a aceitação da sociedade sobre o que representa o autismo. Sendo que, a aquisição de níveis de desenvolvimento da criança está diretamente atribuída ao conjunto de questões de cunho educativo, de compromisso do poder público e da sensibilização quanto ao autismo.

Estima-se que a presente pesquisa venha a contribuir para o delineamento das principais dificuldades e desafios enfrentados pelos pais na dinâmica familiar com seus filhos autistas. Nesse contexto, julgou-se relevante à criação de uma cartilha, em anexo, que pudesse orientar as famílias quanto aos direitos da pessoa com autismo e à situações consideradas indispensáveis para melhoria do quadro clínico da criança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, B.B. & MORAIS, N.A. Las experiencias de familias con hijos autistas: revisión integrativa de la literatura. Ciências Psicológicas, v. 15, e-2347, 2021.

APA. American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5ª ed. Washington: British Library Cataloguing, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em 22 mar. 2021.

CAMPELO, L.L.C.R. *et al.* Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, p. 192, 2014.

CEZAR, P.K. & SMEHA, L.N. Repercussões do autismo no subsistema fraterno na perspectiva de irmãos adultos. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 33, p. 51, 2016.

CUNHA, E. Autismo e Inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família. 3ª ed. Rio de Janeiro: Wak, 2011.

GUEDES, N.P.S. & TADA, I.N. C. A Produção Científica Brasileira sobre Autismo na Psicologia e na Educação. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 31, p. 303, 2015.

LAI, M.C. *et al.* Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v. 54, p. 11, 2015.

MISQUIATTI, A.R.N. *et al.* Sobrecarga familiar e crianças com transtornos do espectro do autismo: perspectiva dos cuidadores. Revista CEFAC, v. 17, p. 192, 2015.

MORETTO, G. *et al.* Interferência do meio comunicativo da criança com transtorno do espectro do autismo na qualidade de vida de suas mães. CoDAS, v. 32, e20190170, 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. Greater awareness and understanding of autism needed, says UN chief. UN News Centre, 2010.

PINTO, R.N.M. Infantile autism: impact of diagnosis and repercussions in family relationships. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, e61572, 2016.

POLLIO, D.E. *et al.* Differences in problems faced by families with a child coping with a serious emotional disorder or an adult member coping with mental illness. Journal of Social Service Research, v. 32, p. 83, 2016.

ROBERTS, C.A. *et al.* Resilience in Families of Children With Autism and Sleep Problems Using Mixed Methods. Journal of Pediatric Nursing. v. 37, p. e2, 2017.

SÁ, M.G.C.S. *et al.* Representação simbólica e linguagem de uma criança com autismo no ato de brincar. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 37, p. 355, 2015.

SCHMIDT, C. *et al.* Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 20, p. 124, 2007.

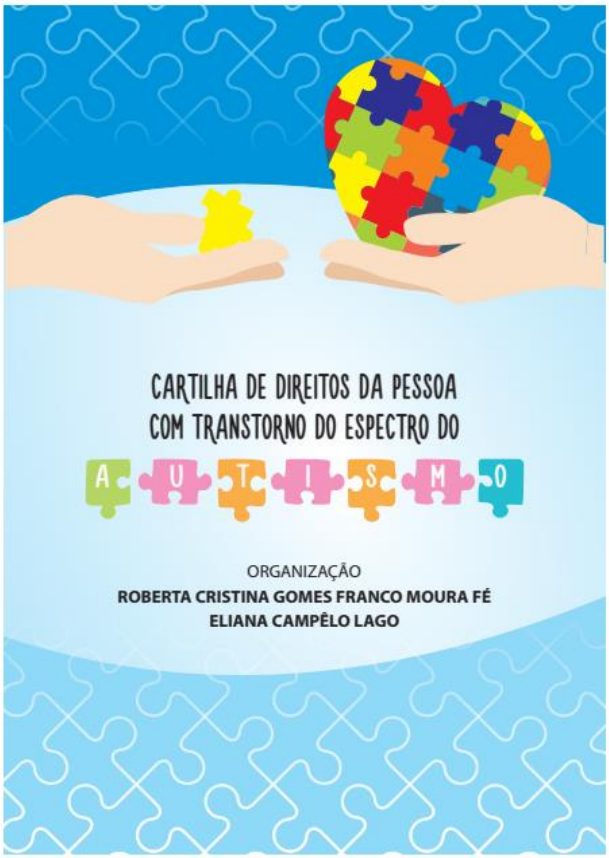
SCHWARTZMAN, J.S. Condições associadas aos Transtornos do Espectro do Autismo. In: SCHWARTZMAN, J.S. & ARAÚJO, C. Transtornos do Espectro do Autismo. São Paulo: Memmon, 2011, 123 p.

SILVA, A.B.B. Mundo singular: entenda o autismo. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fontanar, 2012.

SOUZA, P.P.M. & ALVES, P.P. Dialogando sobre o autismo e seus reflexos na família: contribuições da perspectiva dialógica. Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, v. 5, p. 223, 2014.

ZAQUEU, L.C.C. *et al.* Associações entre Sinais Precoces de Autismo, Atenção Compartilhada e Atrasos no Desenvolvimento Infantil. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 31, p. 293, 2015.

## ANEXO I. Cartilha de Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo



**ORGANIZAÇÃO**
ROBERTA CRISTINA GOMES FRANCO MOURA FÉ
Dra. ELIANA CAMPÊLO LAGO

**COLABORADORES**
Dra. MARCIA ASTRÊS FERNANDES
Dra. CARMEN VIANA RAMOS
Dra. IVONIZETE PIRES RIBEIRO

**DIAGRAMAÇÃO**
SHYNAIDER MARTINS

**COLABORAÇÃO**
**ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS DO AUTISTA-AMA/PI**
Dedico esta cartilha a todos os pais, familiares, profissionais e membros da sociedade civil envolvidos e engajados na causa do Transtorno do Espectro Autista-TEA, em especial a todos que vivenciam as dificuldades e desafios no cotidiano com o ente querido, ao tempo em que vivenciam um amor maior que tudo, sem dúvidas nas adversidades a força e o amor transbordam.

A toda equipe da **Associação dos Amigos do Autista-AMA/PI** que desenvolve um trabalho com dedicação, compromisso e muito amor.

Especialmente a **todas às mães de crianças com TEA** acompanhadas na **AMA/PI** que tiraram alguns minutos do seu precioso tempo, atuando como indutoras na construção dessa cartilha, sem vocês nada teria acontecido. Ouvir os relatos das dificuldades e desafios vivenciados no cotidiano com seus filhos com TEA, além da mudança de vida após o diagnóstico que cada família vivenciou nos impulsionou na direção de consolidar neste instrumento algo que na prática pudesse direcioná-los na busca dos direitos daqueles que vocês mais amam, **SEUS FILHOS**.

**SUMÁRIO**

**1 REDES DE APOIO ASSISTENCIAIS A PESSOA COM AUTISMO** 07
1.1. Recebemos o Diagnóstico de Autismo do Nosso Filho e Agora o que Devemos Fazer
1.2. Pontos de Atenção às Pessoas com Autismo em Teresina
**2 PESSOA COM DEFICIÊNCIA** 10
**3 DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO** 10
3.1 Lei Nº 12.764, de 27 de Dezembro de 2012
**4 REQUISITOS LEGAIS** 12
4.1 Atendimento Preferencial
4.2 Acompanhantes em Estabelecimento de Saúde
4.3 Cadastro Único
4.4 Direito à Educação
4.5 Direito à Moradia
4.6 Direito à Assistência Social
4.7 Aposentadoria Especial Para Pessoa com Deficiência
4.8 Isenção de Tarifa Social
4.9 Prioridade em Processos e Procedimento
4.10 Reserva de Vagas em Concurso
4.11 Cotas em Empresas Privadas
4.12 Horário Especial de Trabalho
**5 ACESSO À TRANSPORTE** 21
5.1 Passe Livre Municipal
5.2 Passe Livre Estadual (Intermunicipal)
5.3 Passe Livre Federal (Interestadual)
**6 CULTURA E LAZER** 24
6.1 Passe Livre Cultura

## 1 REDES DE APOIO ASSISTENCIAIS A PESSOA COM AUTISMO

### 1.1 Recebemos o Diagnóstico de Autismo do Nosso Filho e Agora o que Devemos Fazer:

As famílias de crianças com risco para Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) devem encontrar na Atenção Básica (AB) a possibilidade mais imediata de apoio no que se refere aos cuidados básicos de saúde, desde o diagnóstico, à prevenção de agravos e às ofertas de reabilitação. A articulação com outros pontos de atendimento deve ser feita respeitando o processo de agendamento de cada instituição, bem como, a demanda de vagas.

Para efeito de reabilitação de pessoas com autismo consideraremos dois pontos de atenção fundamentais dentro da rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS).

**1) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):**

É um dos serviços de referência para o cuidado às pessoas com transtornos do espectro do autismo, independentemente de sua idade. Também é função do CAPS ofertar apoio matricial às equipes de saúde da família, apoiando e subsidiando o processo diagnóstico.

Além disso, a possibilidade de atenção em tempo integral ou parcial pode ser necessária em muitas situações, considerando-se a complexidade das necessidades das pessoas com TEA e também a intensidade da atenção desenvolvida pelos familiares.

**2) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF):**

Os NASF são compostos por equipes multiprofissionais de diferentes áreas do conhecimento para atuar em conjunto com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em relação às pessoas com TEA, o NASF é um recurso a ser acionado para contribuir de maneira conjunta com a ESF no processo diagnóstico e na proposição de cuidados continuados.



### 1.2 Pontos de Atenção às Pessoas com Autismo em Teresina

**1) Centro Integrado de Reabilitação (CEIR):**

Foi fundado em 2008 para atender pessoas com deficiência no Piauí, o CEIR atua na reabilitação físico-motora com atendimento multiprofissional. Em 2015, iniciou a reabilitação intelectual de pessoas com deficiência intelectual, Síndrome de Down e Transtornos do Espectro Autista.

**Para ter acesso aos serviços do CEIR você deve:**

A marcação do tratamento de reabilitação é feita online da seguinte forma:

1º Passo: Procure a unidade de saúde mais próxima de sua residência e faça uma consulta com o médico da ESF ou credenciado ao SUS e solicite o preenchimento da guia de marcação de consulta do SUS.

2º Passo: Procure o setor de marcação de consultas online do SUS, na Secretaria de Saúde do seu município. Em Teresina, procure a unidade de saúde mais próximo de sua residência, onde já sairá com dia e hora da primeira consulta (triagem adulto ou infantil) no CEIR.

3º Passo: Anexe a solicitação do médico às cópias dos seguintes documentos:

- Identidade;
- CPF;
- Cartão do SUS;
- Comprovante de residência com CEP;
- Informe um número de telefone para contato.

**Como chegar ao CEIR:** Avenida Higino Cunha, nº 1515, bairro Ilhotas, zona Sul de Teresina – Piauí.

**Horário de funcionamento:** segunda a sexta, de 7h às 17h.

**2) Associação de Amigos do Autista do Piauí- AMA-PI**

Fundada em Teresina (PI) em 2000, é uma organização da sociedade civil de âmbito estadual, formada por pais e amigos de pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo, com sede e foro nesta capital do Piauí.



Com a finalidade de proporcionar atendimento multidisciplinar às pessoas com autismo no estado do Piauí, por meio da prestação de serviços de assistência social (com serviços de convivência e fortalecimento de vínculos), educacionais (Atendimento Educacional Especializado), de habilitação, reabilitação e do apoio às famílias, na área da Proteção Social de Média Complexidade- acompanhamento psicossocial, assessoramento, defesa e garantia de direitos, bem como a qualificação e formação de profissionais dedicados ao tratamento de pessoas com TEA.

**Para ter acesso os serviços na AMA você deve:**

Procure o serviço social da instituição, faça o cadastro, entregue as documentações necessárias e aguarde na lista de espera.

**Documentação Necessária:**

- Identidade e CPF do portador do TEA e responsável;
- Laudo médico com CID 10, expedido por especialista (neuropediatra ou psiquiatra);
- Cartão do SUS;
- Comprovante de residência com CEP;
- Comprovante de matrícula em escola regular, se matriculado;
- Informe um número de telefone para contato.

**Como chegar à AMA:** RUA JOSÉ CLEMENTE PEREIRA, s/ n, Bairro: Primavera, Teresina/PI. Telefone: (86)3216-3385 | (86)3303-5798

**Horário de funcionamento:** 08:00 às 17:00h.

**ATENÇÃO:** Após receber o diagnóstico de autismo do seu filho você deve procurar a ESF do seu bairro para que esta faça os devidos encaminhamentos para os níveis de atenção mais próximos de sua residência, de acordo com a necessidade que a criança demanda e com o fluxo determinado pelas redes de assistência à saúde.

O mais importante é não perder tempo, iniciar o tratamento precocemente é fundamental para o melhor desenvolvimento da criança.

## 2. PESSOA COM DEFICIÊNCIA

As pessoas com transtorno do espectro do autismo têm os mesmos direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988, além de todos os direitos previstos em leis específicas para pessoas com deficiência.

O governo brasileiro instituiu recentemente a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo em 27 de dezembro de 2012, sendo esta considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais. A Lei nº 12.764, Lei Berenice Piana, representa um avanço nesta trajetória de luta por direitos do portador de TEA.

Significa o compromisso do país na execução de um conjunto de ações nos três níveis de governo, necessário à integralidade das atenções a estas pessoas, ao tempo em que protege, elimina toda e qualquer forma de discriminação, reafirmando todos os direitos de cidadania deste público alvo.

## 3. DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

### 3.1 Lei Nº 12.764, de 27 de Dezembro de 2012:

Art. 1o Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução:

É considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma das seguintes características I ou II:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

Art. 2o São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

- atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;
- incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;

Art. 3o São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

- acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

b) o atendimento multiprofissional;

c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;

d) os medicamentos;

e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

- do acesso:

a) à educação e ao ensino profissionalizante;

b) à moradia, inclusive à residência protegida;

c) ao mercado de trabalho;

d) à previdência social e à assistência social.

- A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o art. 14 da Lei nº





9.656, de 3 de junho de 1998.

- O gestor escolar, ou autoridade competente, que recusar a matrícula de aluno com transtorno do espectro autista, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punido com multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos.

FIQUE ATENTO

## 4. REQUISITOS LEGAIS

### 4.1 Atendimento Preferencial

A Lei Federal nº 10.048/2000, a Lei nº 13.146/2015- Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), bem como o Estatuto da Pessoa com Deficiência do Estado do Piauí (Lei nº 6.653/2015), garantem atendimento preferencial às pessoas com deficiência, assegurando que as instituições financeiras, repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário a estes, por meio de serviços individualizados que viabilizem atendimento imediato e tratamento diferenciado em razão da deficiência.

A lei determina que as pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas de crianças de colo recebam atendimento antes das outras pessoas por meio de serviços individualizados que assegurem o tratamento diferenciado e imediato.

**ATENÇÃO:** Nos serviços de emergência de estabelecimentos públicos e privados de saúde a prioridade fica condicionada à avaliação médica, de acordo com a gravidade dos casos a serem atendidos.

### 4.2 Acompanhantes em Estabelecimento de Saúde

A Lei Estadual 6.653/2015 dispõe que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um acompanhante nos períodos de atendimento e de internação de pessoas com deficiência.

Em caso de absoluta necessidade médica, poderá o





estabelecimento vedar, temporariamente, a permanência do acompanhante, devendo o médico responsável registrar tal fato no prontuário do paciente.

### 4.3 Cadastro Único

A inscrição no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico – passou a ser requisito obrigatório para a concessão de benefícios sociais as famílias de baixa renda.

**Para que a família possa ser cadastrada, é importante:**

- Ter uma pessoa responsável pela família para responder às perguntas do cadastro. Essa pessoa deve fazer parte da família, morar na mesma casa e ter pelo menos 16 anos.
- Apresentar obrigatoriamente: CPF ou título de eleitor.

**Como devo realizar o cadastro:**

Procure o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do seu município, mais próximo de sua residência e solicite o cadastramento.

Quem pode fazer o Cadastro Único:

**Famílias de baixa renda:**

- Que ganham até meio salário mínimo por pessoa; ou
- Que ganham até 3 salários mínimos de renda mensal total.

**Apresentar pelo menos um documento de todas as pessoas da família:**

-Certidão de Nascimento;
- Certidão de Casamento;
- CPF;
- Carteira de Identidade (RG);
- Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI);
- Carteira de Trabalho; ou
- Título de Eleitor.

-Levar um comprovante de endereço, que pode ser conta de água ou luz. Não é obrigatório apresentar, mas ajuda no preenchimento do endereço.





**Importante:**

Após o cadastramento da família, é importante manter os dados sempre atualizados. Sempre que mudar algo na família, como nascimento de um filho, mudança de casa ou de trabalho ou quando alguém deixar de morar na residência, o responsável familiar deve procurar o CRAS e efetuar a atualização dos dados da família.

Ainda que nenhum dado tenha sido alterado, é muito importante e necessário atualizar o cadastro a cada dois anos. Caso isso não ocorra, os beneficiários poderão até mesmo ser suspensos do programa.

### 4.4 Direito à Educação
### Educação inclusiva

A educação constitui direito da pessoa com deficiência, assegurados sistema educacional inclusivo em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

**O que é inclusão escolar?**

É uma política que busca perceber, atender e avaliar às necessidades educativas especiais de todos os alunos, em salas de aulas comuns, em um sistema regular de ensino, de forma a promover a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal de todos.

Na proposta de educação inclusiva todos os alunos devem ter a possibilidade de integrar-se ao ensino regular, mesmo aqueles com deficiências ou transtornos de comportamento, de preferência sem defasagem idade-série.

A escola deverá adaptar-se para atender às necessidades destes alunos inseridos em classes regulares.

**Qual a importância da inclusão escolar?**

A principal importância é considerar as características de cada criança, garantindo o convívio entre crianças e adolescentes com e sem deficiência, com aprendizado do respeito e da tolerância às diferenças. Assim, transformando cidadãos mais inclusivos e uma sociedade mais preparada para conviver com as diferenças.

**Como deve ser feita a inclusão escolar de crianças e adolescentes com autismo?**

O Atendimento Educacional Especializado para as pessoas com autismo deve ser realizado de preferência, na rede regular de ensino. No entanto, não são todas as crianças e adolescentes com autismo que se beneficiam do ensino em salas comuns de escolas regulares, cada caso deve ser analisado individualmente pela equipe pedagógica e de saúde que acompanha a criança ou o adolescente.

Alguns se adaptam bem à inclusão em escolas regulares, porém não podemos descartar que para alguns autistas salas com menos alunos, menos barulho são mais toleradas e estes se adaptam melhor a escolas especiais.

**O que é ensino especial?**

É um sistema de educação de crianças e adolescentes com deficiência fora do ensino regular, pois as necessidades de algumas delas podem demandar um atendimento mais especializado. Existe ensino especial em todo o mundo, seja em escolas de frequência diária ou unidades ligadas à escola de ensino regular. As escolas especiais são unidades pequenas e visam à integração e ao desenvolvimento das crianças com apoio especializado.

**IMPORTANTE:**

A LBI determina que os estabelecimentos particulares de qualquer nível e modalidade de ensino devem seguir as leis gerais da educação nacional.

É expressamente proibida a cobrança adicional de taxas de qualquer natureza em suas mensalidades, anuidades e matrículas, referentes ao atendimento escolar de pessoas com deficiência, a LBI determina multa de 03 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos ao "gestor escolar, ou autoridade competente, que recusar a matrícula de aluno com transtorno do espectro autista, ou qualquer outro tipo de deficiência".

O órgão público federal que tomar conhecimento da recusa de matrícula de pessoas com deficiência em instituições de ensino vinculadas aos sistemas de ensino estadual, distrital ou municipal deverá comunicar a recusa aos órgãos competentes pelos respectivos sistemas de ensino e ao Ministério Público.





**4.5 Direito à Moradia**

**Programa Minha Casa Minha Vida**

O programa Minha Casa Minha Vida tem como principal objetivo auxiliar as pessoas de baixa renda a adquirir sua casa própria oferecendo facilidades nas condições de financiamento de imóveis.

Em Teresina, 5% das casas são destinadas para as pessoas com deficiência, sendo a moradia adequada à sua condição física, sensorial e intelectual, tendo a família que se enquadrar na faixa 1, com renda familiar de até R$ 1.800,00 (mil e oitocentos reais).

Os valores dos imóveis dependem da localidade e a prefeitura será responsável por intermediar a relação entre os beneficiários e o banco, além de prestar esclarecimentos e realizar os trâmites finais para a entrega da moradia.

**Como proceder:**

Procure a Superintendência de Desenvolvimento Urbano (SDU) mais próxima de sua residência e informe-se sobre quando e onde serão feitos os cadastramentos.

**Documentação Necessária:**

- NIS (Número de Identificação Social) do Cadastro Único;
- Documento Oficial que conste foto e filiação (RG ou CNH, por exemplo);
- CPF;
- Prova de Estado Civil (certidão de nascimento se solteiro, certidão de casamento ou certidão de casamento com averbação da separação/divórcio ou certidão de óbito do cônjuge);
- Declaração de União Estável (modelo CAIXA), quando for o caso;
- Declaração de beneficiário no PMCMV, renda familiar até R$ 1.800,00 (modelo CAIXA);
- Atestado ou laudo médico que comprove a deficiência alegada e que contenha a espécie, o grau ou nível da deficiência e CID;





**4.6 Direito à Assistência Social**

As pessoas com autismo e sua família podem se beneficiar de tudo que a Assistência Social tem a oferecer no município onde residem. As informações sobre os benefícios, programas, serviços e projetos existentes e como acessá-los podem ser obtidas no CRAS na cidade de sua residência, ou nas Secretarias de Assistência Social das Prefeituras.

Quais benefícios que a Assistência Social dispõe para a pessoa com autismo?

O Benefício de Prestação Continuada – BPC é o benefício de maior importância para pessoa portadora de deficiência

**1) O que é o Benefício de Prestação Continuada?**

É um benefício socioassistencial, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei 8.742/93).

**2) Quais os requisitos legais para requerer o BPC?**

- renda familiar inferior a ¼ do salário mínimo;
- comprovação da deficiência e do nível de incapacidade para vida independente e para o trabalho, temporária ou permanente, que deve ser atestada por perícia médica e social do INSS.

**3) O BPC pode ser acumulado com outro benefício da Seguridade Social?**

Não, salvo com assistência médica e no caso de recebimento de pensão especial de natureza indenizatória.

**4) O BPC é um benefício assistencial vitalício?**

Não. A concessão do BPC é revista a cada dois anos para avaliação de sua continuidade e será cessada sempre que os requisitos não estiverem mais presentes.

**5) Como solicitar o BPC?**

Para requerer o BPC deve agendar no INSS mais próximo de sua residência, preencher o formulário de solicitação, apresentar a declaração de renda dos membros da família, comprovar residência e apresentar





documentos de identificação pessoal e da família.

No caso de pessoas com deficiência, será realizada uma avaliação da deficiência e do grau de impedimento, composta por avaliação médica e avaliação social, realizadas por médicos peritos e assistentes sociais do INSS. Esta avaliação será agendada pelo INSS.

O agendamento do atendimento pode ser feito por meio do telefone 135-INSS (ligação gratuita) ou pela internet, através do site www.previdenciasocial.gov.br

**Documentos Necessários:**

- Certidão de nascimento ou casamento;
- Carteira de identidade;
- CPF;
- Comprovante de residência;
- Carteira de trabalho;
- Inscrição no CadÚnico.
- Requerimento de benefício assistencial e da declaração sobre a composição do grupo familiar preenchidos*;
- Laudo médico original com o CID-10 (Código Internacional de Doenças), fornecido pelo SUS;

**4.7 Aposentadoria Especial Para Pessoa Com Deficiência**

A Lei Complementar nº 142/2013 dispõe que a Aposentadoria por Tempo de Contribuição da Pessoa com Deficiência é devida ao cidadão que comprovar o tempo de contribuição necessário para este benefício, conforme o seu grau de deficiência. Deste período, no mínimo 180 meses devem ter sido trabalhados na condição de pessoa com deficiência.

Além de ser pessoa com deficiência no momento do pedido de aposentadoria, é necessário comprovar as seguintes condições para ter direito a este benefício:

| Grau de deficiência | Tempo de contribuição | Carência |
|---|---|---|
| Leve | Homem: 33 anos<br>Mulher: 28 anos | 180 meses trabalhados na condição de pessoa com deficiência |
| Moderada | Homem: 29 anos<br>Mulher: 24 anos | |
| Grave | Homem: 25 anos<br>Mulher: 20 anos | |

**Documentos Necessários:**

- Documento de Identificação com foto;
- CPF;
- Carteira de Trabalho;
- Carnê de Contribuição e outros comprovantes de pagamento ao INSS;
- Documentos que comprovem sua deficiência e a data em que esta condição iniciou.

### 4.8 Isenção de Tarifa Social

A Tarifa Social de Energia Elétrica é um benefício do Governo Federal que concede descontos no pagamento da conta de luz para as famílias de renda familiar de até meio salário mínimo por pessoa, bem como, para as famílias que tenham membro que recebe BPC.

Esse desconto varia de 10% a 65%, sendo que quanto menor o consumo maior será o desconto.

**Como requerer:**

Procure a distribuidora de energia elétrica do seu município e solicite o benefício da tarifa social.

**Documentos Necessários:**

- Número do Cadastro Único (NIS);
- Documento Oficial com foto;
- CPF;
- Número do BPC (se for beneficiário).

**Informações:**

- Agência Nacional de Energia Elétrica – ANEEL: 167.

### 4.9 Prioridade em Processos e Procedimento

As pessoas com deficiência terão prioridade na tramitação, em qualquer órgão ou instância, nos procedimentos administrativos e





judiciais em que figure como parte ou interessado.

Para fazer valer seu direito, informe ao seu advogado para que ele solicite no processo a obtenção do benefício, juntando prova de sua condição, para que a autoridade judiciária decida concedê-lo.

### 4.10 Reserva de Vagas em Concurso

A Constituição Federal em seu art. 7º, XXXI, assegurou, como direito social, a proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência.

A Lei Federal nº 8.112/90, assegura às pessoas com deficiência, até 20% das vagas oferecidas em concurso, cujas atribuições sejam compatíveis com a deficiência que possuem.

A Lei nº 4.835/1996 assegura a gratuidade de inscrição em concurso público à pessoa com deficiência.

### 4.11 Cotas em Empresas Privadas

A Lei nº 8.213/1991 mais conhecida como-Lei de Cotas, estabelece as empresas que detêm 100 (cem) ou mais funcionários são obrigadas a preencher de 2% a 5% de seus cargos com pessoas com deficiência ou beneficiários reabilitados, e dispõe que a dispensa de trabalhador com deficiência só poderá ocorrer após a contratação de um substituto de condição semelhante.

### 4.12 Horário Especial de Trabalho

A Lei nº 13.370/2016 garante aos servidores públicos federais, horário especial de trabalho para que possam dedicar mais tempo aos cuidados dos cônjuges, filhos ou dependentes com deficiência de qualquer natureza, sem que precisem fazer compensação de horário.

## 5. ACESSO À TRANSPORTE

### 5.1 Passe Livre Municipal

A Lei nº 3.144/2002, prevê o direito à gratuidade no sistema de transporte coletivo de Teresina-PI, para as pessoas com deficiência e acompanhantes, desde que a renda mensal da família por pessoa seja igual ou inferior a 1 salário mínimo.

Como solicitar:

**Dirija-se ao CRAS mais próxima da sua residência, levando os seguintes documentos:**

- 01 (uma) foto 3x4 colorida e atualizada;
- Laudo médico com o CID-10 da deficiência;
- Certidão de Nascimento (se for menor);
- Cópia da Identidade;
- Cópia do CPF;
- Cópia do Comprovante de Residência atualizado;
- Cópia do Cartão BPC (se for beneficiário).

### 5.2 Passe Livre Estadual (Intermunicipal)

A Lei Estadual nº 5.583/2006, prevê o direito à gratuidade no sistema de transporte coletivo intermunicipal, para as pessoas com deficiência e acompanhantes, desde que a renda mensal da família por pessoa seja igual ou inferior a 1 salário mínimo.

**Como solicitar:**

Em Teresina, dirija-se à Secretaria Estadual de Assistência Social e Cidadania – SASC. Endereço: Rua Acre, nº340, bairro Cabral. Fone: 3222-4679/3227-5579 (ramal 280). Nos outros municípios do Estado do Piauí, o cadastramento é realizado no CRAS ou nas Secretarias Municipais de Assistência Social.





**Documentação Necessária:**

- 02 (duas) fotos 3X4 (iguais e atualizadas);
- Cópia da Identidade;
- Cópia do CPF;
- Se for menor, cópia da Certidão de Nascimento e dos documentos do responsável;
- Em caso de tutela ou curatela apresentar cópias dos documentos que a comprovem;
- Cópia do comprovante de residência atualizado;
- Cópia do comprovante de renda de todos que trabalham na família (caso não possuam, apresentar declaração do Serviço Social do município);
- Cópia do Passe Livre Municipal (se for beneficiário);
- Laudo Médico com o CID-10 da deficiência e indicação da necessidade de acompanhante (formulário disponível no site: www.seid.pi.gov.br);
- Cópia do comprovante do último saque do Benefício de Prestação Continuada - BPC (se for beneficiário);
- Se necessário acompanhante durante as viagens apresentar cópia do RG, CPF e do Comprovante de Residência, de 03 (três) pessoas maiores de 18 (dezoito) anos próximas ao usuário;

**ATENÇÃO!**

O acompanhante só poderá fazer uso do Passe Livre Estadual se estiver acompanhando a pessoa com deficiência.

### 5.3 Passe Livre Federal (Interestadual)

A Lei Federal nº 8.899/1994 concede o direito às pessoas com deficiência a fazer uso do transporte público para viajar entre estados brasileiros gratuitamente, desde que a renda familiar mensal por pessoa seja igual ou inferior a um salário mínimo. Esse benefício pode ser usado

nos transportes coletivo interestadual convencional por ônibus, trem ou barco, incluindo o transporte interestadual semiurbano.

Para conseguir autorização, apresente a carteira do Passe Livre do Governo Federal junto com a carteira de identidade nos pontos de vendas de passagens, até três horas antes do início da viagem. As empresas são obrigadas a reservar em cada viagem dois assentos para atender às pessoas com deficiência portadoras do Passe Livre do Governo Federal.

**FIQUE ATENTO!**

O Passe Livre do Governo Federal não vale para o transporte urbano ou intermunicipal dentro do mesmo estado, nem para viagens em ônibus executivo e leito.

**Como requerer:**
**Há duas formas de requerer:**

1) Preencha os formulários no site do Ministério dos Transportes (www.transportes.gov.br) e encaminhe-os, juntamente com cópia de um documento de identificação, para o endereço: Ministério dos Transportes: Caixa Postal, nº 9.600, CEP: 70.040-976, Brasília-DF – Programa Passe Livre.

2) Escrevendo para o endereço acima citado, informando o endereço residencial completo para que o Ministério dos Transportes envie o Kit do Passe Livre.

OBS: Em ambos os casos, as despesas de correio serão por conta do beneficiário.

**Documentação necessária para o beneficiário ter direito a acompanhante:**

1) Cópia de um documento de identificação do acom-panhante, que pode ser um dos seguintes:

- Certidão de nascimento;
- Certidão de casamento;
- Certificado de reservista;
- Carteira de identidade;
- Carteira de trabalho e previdência social;
- Título de eleitor;
- Carteira nacional de habilitação.

2) Deve constar no Laudo Médico da Pessoa com Deficiência, declaração do mesmo médico que atestou a deficiência ser imprescindível à presença de acompanhante durante a locomoção em viagem.

3) Requerimento específico preenchido com os dados do acompanhante, onde deverá constar além de outras informações, a renda familiar mensal.

**ATENÇÃO!**

Não será expedida uma carteira para o acompanhante, mas caso o requerente (beneficiário ou seu representante) atendam as exigências legais e seu pedido seja aceito, será expedida uma credencial para o beneficiário na qual constará a seguinte descrição NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE.

Para que o direito ao acompanhante seja efetivado, é necessário que o requerente encaminhe o REQUERIMENTO DO ACOMPANHANTE devidamente preenchido. Na falta deste, o Programa enviará correspondência ao requerente para que providencie o encaminhamento, que somente após ser aprovado o seu direito será consumado.

A partir dos dados constantes da credencial do beneficiário, a empresa de transporte de passageiros, antes de emitir o bilhete de passagem, deverá checar no site do Ministério dos Transportes, se consta aprovação e o nome do acompanhante com direito ao benefício.

## 6 CULTURA E LAZER

### 6.1 Passe Livre Cultura

A Lei Estadual nº 6.194/2012, garante às pessoas com deficiência a gratuidade de entrada e acesso aos cinemas, teatros, casa de espetáculo, estádios, ginásios esportivos e aos locais similares que tenha apresentação de eventos culturais, de lazer e esportivos, desde que comprovem uma renda familiar por pessoa de até um salário mínimo.

Para ter acesso, a pessoa com deficiência pode se dirigir ao local de venda solicitar o ingresso até 24 horas antes do evento. Nos cinemas, a solicitação deve ser feita até 01 hora antes da sessão.





**FIQUE ATENTO!**

Serão destinados 2% da capacidade do evento para pessoas com deficiência e seus acompanhantes, conforme regulamentado pelo Decreto Federal nº 5.294/94. Se o estabelecimento se negar poderá sofrer penalidades como advertência, multas e interdição.

**Como requerer:**

Em Teresina procure a Secretaria de Estado da Assistência Social e Cidadania – SASC. No interior do Estado procure os CRAS ou as Secretarias Municipais de Assistência Social.

Quem já possui o passe livre intermunicipal não precisa passar pela triagem, basta se dirigir a SEID e pedir a emissão.

**Documentação Necessária:**

- Requerimento do Passe Livre Cultura;
- Laudo Médico com descrição da deficiência e informando a necessidade de acompanhante;
- Cópia do documento de Identidade;
- Cópia do CPF;
- 02 (Duas) fotografias 3X4;
- Cópia comprovante de renda familiar;
- Cópia comprovante de endereço atualizado.

**OBS: O formulário para requerimento do Passe Livre Cultura se encontra no site: www.seid.pi.gov.br.**

## CONTATOS ÚTEIS

**AMA - Associação de Amigos dos Autistas do Piauí**
R. José Clemente Pereira, 2384
Bairro Primavera - (86) 3216-3385

**CEIR - CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO**
Qv. Higino Cunha, 1515 - Ilhotas, Teresina - PI, 64014-220
64014-220 - Telefone: (86) 3198-1500

**SEID - SECRETARIA DE ESTADO PARA INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

R. Lisandro Nogueira, 1554 - Centro (Sul)
Telefone: (86) 3222-3408 / 3222-3408
Site: www.seid.pi.gov.br - E-mail: seid@seid.pi.gov.br

**CONSELHO ESTADUAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**
Av. Pinel, 620 - Bairro Cabral
Casa dos Conselhos Telefone: (86) 3221-4410

**CONSELHO MUNDICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**
Rua Álvaro Mendes, 8612 - Bairro Centro
Telefone: (86) 3215-2906

**SASC - SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA**
Rua Acre, 33 - Cabral
Telefones: (86) 3222-4679 / 3226-1974 / 3223-7201

**INSS** - Telefone: 135
Site: www.previdênciasocial.gov.br

# CAPÍTULO 40

# REFLEXOS DA PANDEMIA DE COVID-19 PARA SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Palavras-chave: Saúde Mental; Estudantes; Covid-19*

LUCAS DE CARVALHO SIQUEIRA[1]
BÁRBARA THAÍS SOUZA DOS SANTOS[2]
INAÊ LIMA MACHADO VACCARI SANT'ANNA[3]
SABRINA ELORA DE ALMEIDA CORRÊA[4]
SAMILLY SOUSA DE OLIVEIRA[5]
SANDY SIQUEIRA DE ALENCAR ALMEIDA[6]
SABRINA FREITAS NUNES[7]
CIDIANNA EMANUELLY MELO DO NASCIMENTO[8]

1. Discente – Nutrição do Centro Universitário de Patos.
2. Discente – Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas.
3. Discente – Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo.
4. Discente – Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas.
5. Discente – Enfermagem do Centro Universitário Maurício de Nassau.
6. Discente – Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá.
7. Discente – Enfermagem da Universidade Regional do Cariri.
8. Discente – Doutoranda em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará.

## INTRODUÇÃO

A COVID-19 é considerada a patologia do século e se tornou um grande desafio para a população mundial. Tal doença é provocada pelo coronavírus denominado SARS-CoV-2, sendo este vírus identificado primeiramente em dezembro de 2019, na Província de Hubei, em uma cidade chamada Wuhan, na China. Em janeiro, a *World Health Organization* (WHO), declarou epidemia sendo caracterizada por Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Posteriormente, em 11 de março a WHO anunciou o estado de Pandemia, pois havia sido notificada e registrada em mais de 30 países do globo, nesse período. Ainda de acordo com a WHO, há presença do vírus em 223 países, sendo na data de coleta dos dados a nível mundial, 110.384.747 número de infectados e 2.446.008 ocorrências de óbitos (WERNECK & CARVALHO, 2020; WHO, 2021).

Diante do grande número de contágios, foram adotadas medidas de controle da transmissão, destaca-se a lavagem das mãos com água e sabão, ou o uso do álcool em gel 70%, visto que as mãos são um dos principais veículos de transmissão. Além disso, recomenda-se a proteção coletiva com o uso de máscaras e protetores faciais para que seja evitada a transmissão de gotículas, bem como o distanciamento social, sendo proibida aglomeração em massa em locais públicos e privados (AQUINO *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Como resultado das medidas de prevenção da contaminação pelo coronavírus, surgiram muitos impactos à saúde da população mundial, dentre eles, psicológicos. Uma das principais medidas que impactou diretamente os universitários foi a suspensão das aulas presenciais em universidades. A interrupção causou um atraso significante no que diz respeito ao plano acadêmico, concomitantemente, ao surgimento do novo modelo de ensino (AQUINO *et al.*, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2020).

De acordo com a literatura, estudantes universitários são um grupo muito suscetível ao desenvolvimento de transtornos mentais, essa maior vulnerabilidade psicoemocional é resultado de experiências comuns no âmbito acadêmico, que muitas vezes se iniciam desde o ingresso institucional, onde já é exigida uma complexa demanda de recursos cognitivos e emocionais para lidar com os novos costumes e saberes propiciados nesse ambiente. Isto, somado a preocupação referente à excelência no desempenho acadêmico que está cada vez mais relacionada às exigências inerentes ao mercado de trabalho, assim como as aspirações por um futuro profissional e pessoal promissor (PADOVANI *et al.*, 2014).

Com isso, objetiva-se com a realização desse estudo, analisar os impactos da pandemia da COVID-19 para saúde mental de estudantes universitários.

## MÉTODO

O trabalho trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que segundo Mendes *et al.* (2019), este tipo de estudo tem por objetivo pesquisar determinado tema ou questão e sumarizar os achados de maneira sistemática, ordenada e abrangente para obtenção de suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica.

O referencial metodológico empregado foi contemplado por seis etapas para a produção dessa revisão integrativa, especificadas a seguir: estabelecimento da questão de pesquisa; definição dos critérios de

inclusão e exclusão dos estudos; extração dos dados, estratégia de busca e triagem; processo de extração, ordenamento e sumarização dos estudos selecionados; análise dos estudos incluídos; avaliação/interpretação dos resultados; apresentação da revisão.

O presente estudo norteou-se por intermédio da seguinte questão: Quais impactos gerados para a saúde mental de estudantes universitários em decorrência da pandemia da COVID-19? Foram definidos para compor os critérios de inclusão os seguintes aspectos: pesquisas científicas publicadas no formato de artigo, nos idiomas inglês, português e espanhol, em formato de texto completo e disponíveis online. Considerando o escopo deste trabalho, utilizaram-se como critério de inclusão trabalhos com recorte temporal entre os anos de 2020 a 2021. A justificativa para o recorte temporal fora decorrente da pandemia em questão e os estudos científicos abordados pela temática desta revisão terem iniciado as publicações no ano de 2020.

Para estabelecimento dos critérios de exclusão, utilizou-se: publicações duplicadas e repetidas, revisões bibliográficas, integrativas e sistemáticas, editoriais, dissertações, teses e estudos que não se enquadrem ao delineamento desse estudo.

A busca foi realizada no mês de fevereiro de 2021, por dois avaliadores independentes nas referidas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *SciVerse Scopus*, utilizando o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) como método de seleção das bases, a fim de obter maior quantidade de artigos. A escolha dessas bases fora em detrimento de seu alcance e aparato científico.

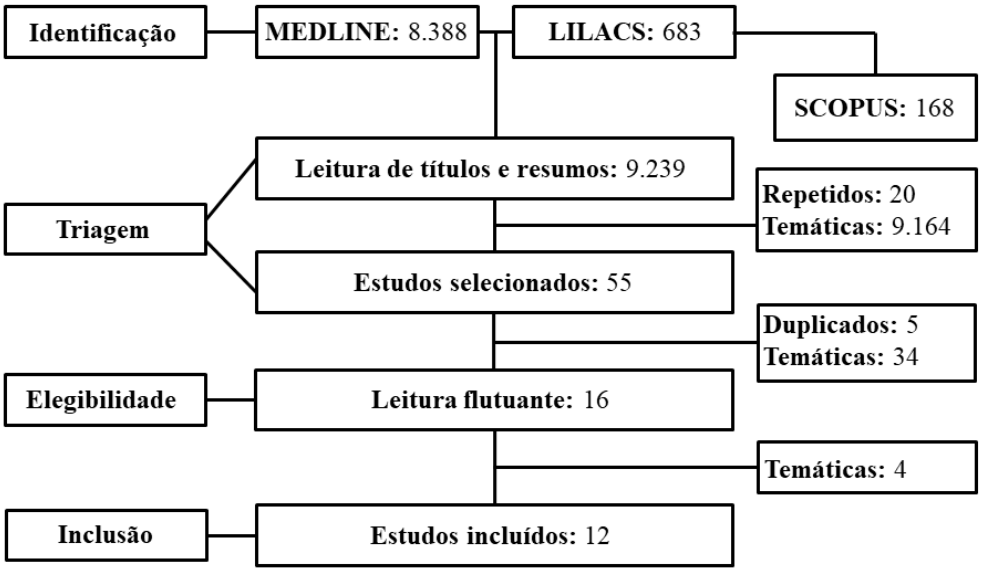
Baseando-se na estratégia *Population, Interest* and *Context* (PICo) (acrônimo utilizado para oportunizar a delimitação da pergunta de pesquisa e do conteúdo estudado), a partir do *Medical Subject Headings* (Mesh) e o auxílio do operador booleano “AND”. Foram identificadas com a busca inicial, LILACS 683, MEDLINE 8.388 e *SciVerse Scopus* 168, com total de 9.239 estudos.

Para o refinamento dos achados, a primeira etapa da triagem deu-se a partir da leitura dos títulos e resumos de todos os trabalhos, excluindo os que, notoriamente, não se adequam ao objetivo deste estudo, dos quais foram excluídos 20 artigos por repetição e 9.164 artigos por não adequação ao tema. Nesse processo, foram selecionados 31 artigos na MEDLINE, 4 na LILACS e 20 na *SciVerse Scopus*, com somatório de 55 artigos.

Para a segunda etapa da triagem, realizou-se a leitura flutuante dos trabalhos, sendo descartados cinco artigos duplicados e 34 inadequados à temática, resultando em 16 artigos.

Na terceira etapa, que se referiu à leitura criteriosa dos 16 estudos potencialmente elegíveis, foram excluídos quatro. Assim, a amostra final foi constituída por 12 artigos, destes, dois na LILACS, um na MEDLINE e nove na *SciVerse Scopus*. A descrição das etapas de buscas e seleção dos artigos baseou-se no *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis* (PRISMA) conforme a Figura 40.1 (MOHER *et al*., 2009).

**Figura 40.1.** Processo de busca e seleção dos artigos




Para extração e organização dos dados, os autores desenvolveram um formulário sobre os aspectos variáveis identificados na pesquisa, contemplando, assim: autor, ano, local, periódicos e objetivos; graduação dos universitários, transtornos mentais e aspectos do cenário pandêmico para adoecimento mental. A necessidade de sumarização dos dados deu-se em virtude das divergências e aproximações dos conteúdos identificados nos estudos.

Para a avaliação dos estudos incluídos levou-se em consideração os critérios de evidências propostos por Stillwell *et al.* (2010), os quais permitiu identificar que todos os estudos selecionados estão no nível VI de evidências, ou seja, são pesquisas qualitativas de cunho descritivo.

A análise dos dados deu-se a partir do método de redução, onde os achados foram divididos em três subcategorias temáticas, considerando a graduação dos universitários, transtornos mentais e aspectos do cenário pandêmico para adoecimento mental.

A exposição desta revisão foi promovida por meio de quadros sinópticos descritivos, contemplando as variáveis pertinentes à sapiência do objeto de pesquisa e posterior discussão com a literatura pertinente, apresentadas nas seções a seguir.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 40.1, apresenta os dados bibliográficos quanto a codificação dos autores, ano e local, periódico de publicação e abordagem principal dos 12 artigos incluídos nesta revisão.

Da análise e interpretação dos estudos, emergiram três categorizações após utilização do método de redução de dados, a saber: os transtornos mentais, os aspectos do cenário pandêmico para adoecimento mental e, por fim, influência de fatores educacionais/acadêmicos.

**Quadro 40.1.** Dados bibliográficos dos estudos selecionados nesta revisão

| Codificação | Autores | Ano e Local | Periódico | Abordagem principal |
|---|---|---|---|---|
| A1 | MAIA & DIAS | 2020, Portugal | Estudo de Psicologia (Campinas) | Análise do impacto provocado pela COVID-19 nos estudantes universitários de Portugal, no que tange à doenças neuropsiquiátricas como: depressão, ansiedade e estresse. |
| A2 | ISLAM *et al.* | 2020, Bangladesh | PLOS ONE | Avaliação dos sintomas psicológicos presentes em estudantes universitários de Bangladesh durante o isolamento na pandemia da COVID-19. |
| A3 | SARAVIA-BARTRA *et al.* | 2020, Peru | Revista Facultad de Medicina Humana URP | Avaliação do nível de ansiedade de estudantes do primeiro ano de uma faculdade privada de medicina em tempos de COVID-19. |
| A4 | ROMERO-BLANCO *et al.* | 2020, Espanha | International Journal of Environmental Research and Public Health | A relação entre a má qualidade do sono associado aos transtornos mentais causados pela pandemia do COVID-19. |
| A5 | MARQUES *et al.* | 2021, Espanha | Science Direct | Estado psicológico, após o início da pandemia de COVID-19, de estudantes universitários da Espanha e a relação destes com aplicativos móveis quanto aos cuidados mentais. |
| A6 | LÁZARO-PÉREZ *et al.* | 2020, Espanha | Social Sciences | Consumo de substâncias químicas e possíveis vícios em estudantes universitários no período de confinamento devido a pandemia de COVID-19, e as principais variáveis deste fenômeno. |
| A7 | GAVUROVA *et al.* | 2020, Espanha | International Journal of Environmental Research and Public Health | Efeitos do estresse na depressão junto ao uso do álcool durante a pandemia de COVID-19. |
| A8 | ARUNDHANA *et al.* | 2020, Indonésia | Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences | Condição física e emocional dos estudantes universitários da Indonésia em meio ao contexto de isolamento social e insegurança financeira decorrente da pandemia de COVID-19. |
| A9 | MARTINS *et al.* | 2020, Brasil | Revista Brasileira em Promoção da Saúde | Predomínio do sentimento de angústia autorreferido e fatores associados em universitários da área da saúde no contexto do isolamento social durante a pandemia de COVID-19. |
| A10 | DÍAZ-JÍMENEZ *et al.* | 2020, Espanha | Social Work in Health Care | Riscos e os fatores que estão diretamente associados aos sintomas de ansiedade durante a pandemia de COVID-19. |
| A11 | GALLEGO-GÓMEZ *et al.* | 2020, Espanha | International Journal of Environmental Research and Public Health | Níveis de estresse entre estudantes de enfermagem antes e durante a quarentena que se deu devido à pandemia de COVID-19, e o impacto das práticas de exercícios físicos no estado mental dos mesmos. |
| A12 | GÓMEZ-GALÁN *et al.* | 2020, Espanha | Sustainability | Vício nas redes sociais entre os estudantes espanhóis durante o período de confinamento na Espanha e sua associação com o uso de entorpecentes durante a pandemia do COVID-19. |

De acordo com os estudos, foram identificados como transtornos mentais ocasionados pela pandemia da COVID-19 em estudantes universitários, a ansiedade (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A7; A10), seguidos da depressão (A1; A2; A4; A5; A6; A7; A8), o estresse (A1; A2; A4; A5; A7; A9; A11), insônia (A2; A4; A7; A8), ideias suicidas (A4; A7; A9; A11), angústia (A6; A9), dependência química (A2; A6), dependência em redes sociais (A4) e o medo (A9).

Dentre os pontos mais relevantes dos estudos, destacam-se os aspectos do cenário pandêmico que foram contribuintes para adoecimento mental de acadêmicos, entre eles estão: isolamento social (A1; A2; A5; A7; A8; A9; A10; A11), mídias sociais e televisivas (A1; A2; A8; A9; A12), insegurança financeira (A8; A9; A10; A11), estudo remoto (A2; A4; A7; A10), medo da doença (A4; A5; A7), luto (A6) e, por fim, localização sociodemográfica (A2).

A formação acadêmica dos universitários analisada nos estudos, foi bastante abrangente, sendo observadas diferentes áreas de graduação que podem influenciar na saúde mental. Os cursos com maior prevalência entre os artigos, foram os da Ciências da Saúde, como Enfermagem (A1; A4; A5 A9; A11; A12), Medicina (A5; A9; A12), Educação Física (A5; A9; A12), Fonoaudiologia (A5; A9; A12), Odontologia (A5; A12; A9) e Medicina Veterinária (A5; A9; A12). Quantificam-se também os estudantes se Serviço Social (A1; A10), Engenharia (A5; A12), Arquitetura (A5; A12), Artes e Humanidade (A5; A12), Ciências da Comunicação (A1), Geologia (A1), Turismo (A1), Estética e Cosmética (A9) e Ciências Naturais e Químicas (A5). Entretanto, muitos dos artigos (A2; A3; A6; A7; A8) não especificaram a graduação, abrangendo os universitários de maneira geral.

De acordo com o objetivo do estudo, foi-se necessário analisar os aspectos do cenário pandêmico que gerou adoecimento mental, ou seja, características desse contexto que potencializou os transtornos neuropsiquiátricos. Além disso, a graduação dos acadêmicos e os aspectos educacionais também foi levada em consideração como fator ponderante para a fragilização da saúde mental, devido às particularidades e demandas que os cursos oferecem.

O isolamento social surgiu como uma medida de enfrentamento à pandemia tendo em vista a gravidade da mesma. Com isto, o medo, o sentimento de preocupação, a insegurança e a angústia decorrentes das incertezas de uma nova doença foram sentimentos comuns a várias pessoas ao redor do mundo. O estresse em que o estudante universitário é naturalmente predisposto intensificou-se neste período com o acréscimo de limitações de recursos financeiros, devido à crise econômica, conflitos familiares preexistentes, além da brusca mudança para um modelo remoto de ensino.

Esta combinação de fatores causou um impacto psicológico negativo que pode se manifestar em depressão, ansiedade, irritabilidade, medo e comportamento suicida. Para melhor detalhamento dos fatores ponderantes para adoecimento mental e os tipos de transtornos, discute as três categorizações provenientes dos resultados.

## Transtornos Mentais

Com o avanço da pandemia da COVID-19 as consequências psicológicas vieram à tona. Segundo o estudo de Romero-Blanco *et al*. (2020), o *lockdown* piorou a

qualidade do sono (insônia) apesar de aumentar sua quantidade, mostrando um aumento significativo dos problemas de saúde mental associados a esse fator, são eles: ansiedade, depressão e pensamentos suicidas.

Os sentimentos de angústia e solidão autorreferidos no estudo de Martins *et al.* (2020) mostraram como as limitações de comunicação interpessoal e a impossibilidade do convívio com entes queridos podem gerar consequências comportamentais como estresse, ansiedade, raiva e depressão. Além disso, os problemas e conflitos emocionais e familiares entre os estudantes e as pessoas com as quais convivem agravam ainda mais os níveis de estresse (GÓMEZ-GALÁN *et al.*, 2020; MARTINS *et al.*, 2020).

Este ambiente domiciliar de desordem reflete em um baixo rendimento acadêmico e consequente frustração que contribui para a piora dos transtornos mentais, visto que muitos destes estudantes veem as relações acadêmicas como refúgio.

Transtornos mentais como ansiedade, depressão e estresse durante o período de confinamento domiciliar levou ao aumento do consumo de substâncias químicas por parte de estudantes universitários como forma de lidar com esta situação ímpar da pandemia, sendo as principais: álcool, tabaco, maconha e sedativos (LÁZARO-PÉREZ *et al.*, 2020). Estudo compactua com esse aumento no percentual de consumo, destacando níveis moderados/elevados do uso de drogas entre os estudantes universitários, como o álcool (36,2%), tabaco (33,2%), cannabis (22,9%) e sedativos de venda livre (10,3%). Em relação ao policonsumo de drogas (dependência de duas ou mais), este nível de dependência é mostrado em 30,3% dos estudantes universitários (GÓMEZ-GALÁN *et al.*, 2020).

Este percentual elevado de substâncias químicas interfere diretamente no rendimento no meio acadêmico, pela sensação momentânea de resolução dos problemas com consequente estresse após redução do uso. Esse ciclo gera dependências que corroboram para sucessões e compilados de transtornos, que quando em conjunto, afetam não somente o rendimento estudantil, mas também a realização de atividades diárias simples.

Estudo realizado na Espanha no ano de 2020 traz que o estresse foi observado como um fator existente na vida dos universitários, além de apresentarem maior vulnerabilidade para depressão em relação à população no geral, entre 10% e 85%, esse fato é observado devido ao estilo de vida com uma má alimentação, cobranças na faculdade, qualidade do sono e o distanciamento familiar. A relação do universitário com o consumo de álcool é também observada de maneira negativa, afetando a presença nas aulas e aumentando o índice de casos de violências verbais e físicas (GAVUROVA *et al.*, 2020).

O consumo elevado de álcool pela perspectiva de refúgio foi fator contribuinte para os elevados índices, visto que em um ano atípico e com diversas modificações organizacionais, muitas foram as situações que causaram implicações mentais para acadêmicos, dos quais para reverter as mesmas, ainda que momentaneamente, utilizaram-se de substância ainda com mais frequência, agravando consideravelmente os sintomas da depressão e ansiedade.

## Aspectos do cenário pandêmico para adoecimento mental

Discutir sobre as medidas políticas e sociais tomadas durante a pandemia é

imprescindível para compreender o cenário em que os universitários estão inseridos, e o que se intersecciona para comprometer as funções psicológicas saudáveis. As medidas de isolamento, a intensificação de informações alarmantes nas mídias televisivas e sociais, o medo da doença, estudo remoto e preocupações financeiras, são algumas características que podem afetar a saúde mental de jovens universitários muitas vezes já fragilizados e comprometidos mentalmente.

O envolvimento com as notícias sobre COVID-19 divulgadas nas mídias geraram preocupação com o cenário mundial da pandemia e seus impactos, o que levou ao desenvolvimento de sentimento de angústia (MARTINS *et al*., 2020). De acordo com estudo, entre os estudantes universitários, no contexto citado isso pôde ser observado ainda mais, tendo em vista que as notícias e o aumento célere de casos passaram a ser transmitidas de forma massiva (MARQUES *et al*., 2021).

O acesso à informação passou a ser instantâneo e globalizado de acordo com o avanço tecnológico. Dessa forma, as milhares de informações transmitidas por dia, por meio de mídias sociais e televisivas levam ao aumento do nível de estresse e ansiedade. Fatores como uso frequente da internet, a não realização de qualquer atividade física e a qualidade prejudicada de sono também são fatores que contribuíram diretamente para o adoecimento mental em tempos de pandemia (ISLAM *et al*., 2020).

O medo pela pandemia crescente e com ausente perspectiva de resolução perpassa preocupações para o universitário sobre o medo do contágio, a continuidade do curso de graduação pela dificuldade de concentração no estudo remoto, a insegurança para os estudantes que estão em ano de conclusão e foram inseridos no mercado de trabalho sem as atividades que deveriam ter sido realizadas de maneira eficaz, gera confrontos psicológicos que devem ser identificados previamente.

Os impactos da pandemia na formação educacional e nos aspectos financeiros foram os mais referidos pelos estudantes, os quais contribuem significativamente para o sentimento de incerteza e angústia (MARTINS *et al*., 2020). A quarentena estabelecida durante a pandemia da COVID-19 elevou os índices de problemas financeiros, o que levou ao aumento dos níveis de estresse em estudantes (GÓMEZ-GALÁN *et al*., 2020).

Ademais, os baixos desempenhos acadêmicos no novo formato de aulas remotas corroboraram para o agravamento deste quadro e para desenvolvimento de outros como ansiedade e depressão.

As separações ou mortes de entes queridos sem a possibilidade de despedida, e consequente sofrimento psíquico, foi um fator agravante no aumento do uso de drogas e da dependência (LÁZARO-PÉRE *et al.*, 2020). Destarte, o contexto de pandemia trouxe sentimentos que poucas pessoas haviam experimentado antes, o medo de ser contaminado e de transmitir para entes queridos, um dos aspectos que intensificou o adoecimento mental e sofrimento psíquico durante esse período entre os universitários, fora este medo da doença.

Além dessas características externas já apontadas, a própria rotina que se diversifica entre os universitários contribui para o adoecimento, visto que muitos universitários residem em localidades diferentes dos familiares para frequentar o curso, outros que são donos de casa, possuem filhos, os que não se dedicam exclusivamente para a faculdade e

trabalham, os que já são diagnosticado com algum transtorno, os que possuem conflitos internos no meio familiar e precisaram passar tempo integral em casa. Inúmeras são as situações implicantes para condições que ferem e indeterminam a qualidade de vida e futuro dos jovens universitários.

### Influência de fatores educacionais/acadêmicos

Pela característica particular dos cursos de graduação, este pode ser citado como um moderador contribuinte para o adoecimento mental, visto que alguns cursos possuem atividades práticas essenciais para compreensão e para o destaque no mercado profissional futuramente.

A educação na área da saúde sofreu uma mudança repentina, uma vez que cursos que eram realizados obrigatoriamente de forma presencial passaram a ser ministrados no formato remoto. Desta forma, a suspensão de aulas práticas representou para diversos universitários um desafio, tendo em vista a necessidade dessas aulas para concluir a graduação e iniciar a vida profissional e financeira.

Estudo feito na Espanha em 2020 aponta em relação à graduação dos participantes, levando-se em consideração o ramo de conhecimento, foi estabelecido que 47,5% dos universitários estavam realizando estudos ligados às Ciências Sociais e Jurídicas, 18% em Ciências da Saúde, 16,4% em Artes e Humanidades, 12,1% em Ciências Naturais e 5,9% em Engenharia e Arquitetura.

Porém, aponta-se que entre os cursos apresentados, o que mais foi afetado pela situação global da pandemia foram os cursos da área da saúde ainda que muitos não estivessem atuando diretamente nos atendimentos de pacientes com COVID-19, com a predominância de sentimentos como angústia e preocupação por parte dos mesmos (MARTINS *et al.*, 2020).

Em um estudo selecionado tem-se uma investigação sobre os níveis de ansiedade nos estudantes de medicina do primeiro ano de faculdade, com 75,4% apresentando algum grau de ansiedade durante a pandemia, sendo que dentre estes, 52,63% mostraram ansiedade leve, 7% moderada e 15,8% ansiedade elevada. 24,6% não apresentou nenhum tipo de ansiedade (SARAVIA-BARTRA *et al.*, 2020).

Os diferentes métodos de ensino para cada curso geram essa variante de susceptibilidade. Alguns cursos inseridos no ensino remoto possuem grau de dificuldade mais elevado pela ausência de atividades práticas que somavam o entendimento. O medo de não absorver os conteúdos efetivamente, o desânimo, os conflitos internos e externos, todos corroboram para o cenário de saúde dos estudantes universitários.

Também é importante que haja um estímulo para realização de atividades que não envolvam diretamente o meio virtual, onde o aspecto educacional não seja o foco, e que ao mesmo tempo respeite as condições impostas pela pandemia. A criação de uma rotina que inclua a realização de atividades que tragam contentamento pessoal, o planejamento do dia-a-dia e a prática de exercícios físicos, são algumas alternativas que podem ser adotadas, sendo práticas que, mesmo inconscientemente, geram um sentimento de produtividade nos universitários em tempos de quarentena.

A rotina de estudos virtuais e atividades físicas realizadas em casa foram relatadas como estratégias adotadas no

enfrentamento ao isolamento social (MARTINS *et al.*, 2020).

Estudo realizado na Espanha demonstrou que problemas de natureza financeira e familiar aumentaram nos dez primeiros dias de isolamento, bem como a prática de exercícios físicos. 40 dias após o início da quarentena, o número de pessoas que relataram tais problemas diminuiu proporcionalmente ao aumento da prática de exercícios físicos (GALLEGO-GÓMEZ *et al.*, 2020). Esses dados constatam a importância de práticas de autocuidado e ocupacionais na manutenção de um bem estar mental, como tática de enfrentamento aos distúrbios de saúde mental, neste período pandêmico.

Para as limitações durante o desenvolvimento deste estudo, detectou-se que a realização da busca, em três bases de dados, com apenas três descritores e palavras-chave apresentados podem ter interferido nos resultados obtidos.

Esta revisão sintetiza as evidências sobre os impactos da pandemia da COVID-19 para saúde mental de estudantes universitários no último ano, e favorece a equipe multiprofissional um delineamento das circunstâncias da pandemia para a vida desses indivíduos, considerando suas particularidades.

A contribuição para identificação dos principais tocantes da saúde mental em universitários favorece a inserção do mesmo em assistências e intervenções multiprofissionais, com a efetivação e criação de programas de apoio psicológico e social, bem como aconselhamento online gratuito, podem ser realizados pelas suas respectivas faculdades, contribuindo assim para a mitigação dos efeitos da COVID-19 na saúde mental desta população.

## CONCLUSÃO

Assim, vislumbra-se que as mudanças ocasionadas pela COVID-19 na reorganização mundial da sociedade afetaram os sistemas educacionais, econômicos, de saúde, lazer, segurança e infraestrutura, gerando impactos para a saúde mental da população em geral e para a população alvo deste estudo, os estudantes universitários.

Nessa perspectiva, foram identificados impactos negativos para saúde mental dos universitários e implicações geradas desse adoecimento mental no cotidiano desses indivíduos. Esses sintomas neuropsiquiátricos foram ocasionados a partir da intersecção de fatores, que compilados provocaram sensações de medo, ansiedade, depressão, dentre outros.

Sugere-se a importância de pesquisas futuras que se proponham a avaliar as especificidades dos diversos cursos de graduação e universitários, a fim de identificar padrões divergentes e semelhantes da pandemia da COVID-19 para esses grupos na saúde mental e gerar mecanismos de intervenção multiprofissional considerando as particularidades do sujeito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, E.M.L. *et al*. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 2423, 2020.

ARUNDHANA, A.I. *et al*. The Emotional State and Physical Condition of Indonesian College Students: An Emerging Situation during the Coronavirus Disease-19 Crisis in Indonesia. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, v. 8, p. 261, 2020.

DÍAZ-JÍMENEZ, R.M. *et al*. Níveis de ansiedade entre estudantes de serviço social durante o bloqueio COVID-19 na Espanha. Taylor & Francis Online, v. 59, Pp. 681-693, 2020.

GALLEGO-GÓMEZ, J.I. *et al*. The COVID-19 Pandemic and Its Impact on Homebound Nursing Students. International journal of environmental research and public health, v. 17, p. 7383, 2020.

GAVUROVA, B. *et al*. Relationships between perceived stress, depression and alcohol use disorders in university students during the Covid19 pandemic: a socio-economic dimension. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, p. 8853, 2020.

GÓMEZ-GALÁN, J. *et al*. Social networks consumption and addiction in college students during the COVID-19 pandemic: Educational approach to responsible use. Sustainability, v. 12, p. 7737, 2020.

ISLAM, S. *et al*. Respostas psicológicas durante o surto de COVID-19 entre estudantes universitários em Bangladesh. PloS one, v. 15, p. 12, 2020.

LÁZARO-PÉREZ, C. *et al*. Addictions in Spanish college students in confinement times: Preventive and social perspective. Social Sciences, v. 9, p. 195, 2020.

MAIA, B.R. & DIAS, P.C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. Estudos de Psicologia, v. 37, e200067 2020.

MARQUES, G. *et al*. Impacto do COVID-19 na saúde psicológica de estudantes universitários na Espanha e suas atitudes em relação às soluções móveis de saúde mental. International Journal of Medical Informatics, v. 147, p. 104369, 2020.

MARTINS, A.B.T. *et al*. Sentimento de angústia e isolamento social de universitários da área da saúde durante a pandemia da COVID-19. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 33, p. 1, 2020.

MENDES, K.D.S. *et al*. Uso de gerenciador de referencias bibliográficas en la selección de los estudios primarios en revisión integrativa. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 28, e20170204, 2019.

MOHER, D. *et al*. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Medicine, v. 6, e1000097, 2009.

OLIVEIRA, A.C. O que a pandemia da covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução?. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 29, e20200106, 2020.

PADOVANI, R.C. *et al*. Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. Revista brasileira de terapias cognitivas, v. 10, p. 2, 2014.

RODRIGUES, B.B. *et al*. Aprendendo com o Imprevisível: Saúde mental dos universitários e Educação Médica na pandemia de Covid-19. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 44, e149, 2020.

ROMERO-BLANCO, C. *et al*. Sleep pattern changes in nursing students during the COVID-19 lockdown. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, p. 5222, 2020.

SARAVIA-BARTRA, M.M. *et al*., L. Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de COVID-19. Revista de la Facultad de Medicina Humana, v. 20, p. 568, 2020.

STILLWELL, S.B. *et al*. Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. American Journal of Nursing, v. 110, p. 51, 2010.

WERNECK, G. & CARVALHO, M. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cadernos de Saúde Pública, v. 36 e00068820, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Doença por coronavírus (COVID-19), 2021. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 23 fev. 2021.

# ÍNDICE REMISSIVO

*Adolescência*, 311
*Adolescente*, 36
*Álcool*, 77
*Alcoolismo*, 279
*Anorexia Nervosa*, 342
*Ansiedade*, 208, 279, 324
*Aspectos Psicológicos*, 47, 224
*Assistência à Saúde*, 194
*Assistência à Saúde Mental*, 82, 242
*Atenção Primária à Saúde*, 82
*Atenção Primária em Saúde*, 202
*Atividade Física*, 13, 64, 330
*Automutilação*, 36
*Body Dysmorphic Disorders*, 144
*Bulimia Nervosa*, 342
*Câncer*, 224
*Consumo de Bebidas Alcoólicas*, 26
*Coronavírus*, 121, 208
*Covid-19*, 361
*COVID-19*, 57
*Criança*, 113, 234, 349
*Criminologia*, 290
*Cuidados de Enfermagem*, 249
*Depressão*, 92, 113, 208, 234, 304, 324
*Depressão Refratária ao Tratamento*, 172
*Depressão Resistente*, 218, 297
*Diagnóstico*, 224
*Disfunção Cognitiva*, 270
*Doença Neurodegenerativa*, 102
*Doenças Crônicas não Transmissíveis*, 92
*Doenças Hepáticas*, 279
*Drogas Ilícitas*, 26
*Enfermagem*, 1, 290
*Envelhecimento*, 47, 270
*Epidemias por Novo Coronavírus 2019*, 234
*Epidemiologia*, 77, 108
*Esclerose Lateral Amiotrófica*, 102
*Estratégia Saúde da Família*, 82, 92
*Estresse Psicológico*, 279
*Estudantes*, 361
*Exercício Físico*, 47
*Fatores de Risco*, 57
*Feeding and Eating Disorder*, 162
*Humanização da Assistência*, 194
*Idoso*, 185
*Idosos*, 92
*Indústria da Beleza*, 144
*Infecções por Coronavírus*, 258
*Medicamentos*, 330
*Mutação MTHFR*, 218
*Natureza*, 150
*Neoplasias da Mama*, 242
*Neoplasias da Próstata*, 270
*Neurociência*, 150
*Pandemias*, 258
*Pessoal de Saúde*, 258
*Políticas Públicas*, 26
*Prevenção*, 13, 311
*Processo de Enfermagem*, 304
*Processos de Aprendizado*, 150
*Profissionais de Saúde*, 121, 249
*Psicofarmacoterapia*, 330
*Psicopatas*, 290
*Psicotrópicos*, 1
*Psiquiatria*, 297
*Quetamina*, 172, 297
*Reiki*, 324
*Risco de Suicídio*, 36
*Saúde da Família*, 349
*Saúde da Mulher*, 242
*Saúde Holística*, 127
*Saúde mental*, 1
*Saúde Mental*, 36, 64, 121, 127, 185, 218, 330, 361
*Self Concept*, 162
*Semiologia*, 108
*Serial killer*, 290
*Serviços de Saúde Mental*, 202
*Social Media*, 162
*Sofrimento Psicossocial*, 102
*Suicídio*, 57, 172, 185, 249, 311
*Sujeito Holístico*, 150
*Tecnologia*, 113
*Terapias Alternativas*, 127
*Terapias Complementares*, 127, 202
*Transtorno Bipolar*, 304
*Transtorno de Humor*, 108
*Transtorno Depressivo*, 13
*Transtorno do Déficit de Natureza*, 150
*Transtorno do Espectro Autista*, 349
*Transtorno Mental*, 77
*Transtornos Dismórficos Corporais*, 144
*Transtornos Psiquiátricos*, 342
*Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias*, 64
*Tratamento*, 13
*Unidades de Terapia Intensiva*, 194