

SAÚDE MENTAL

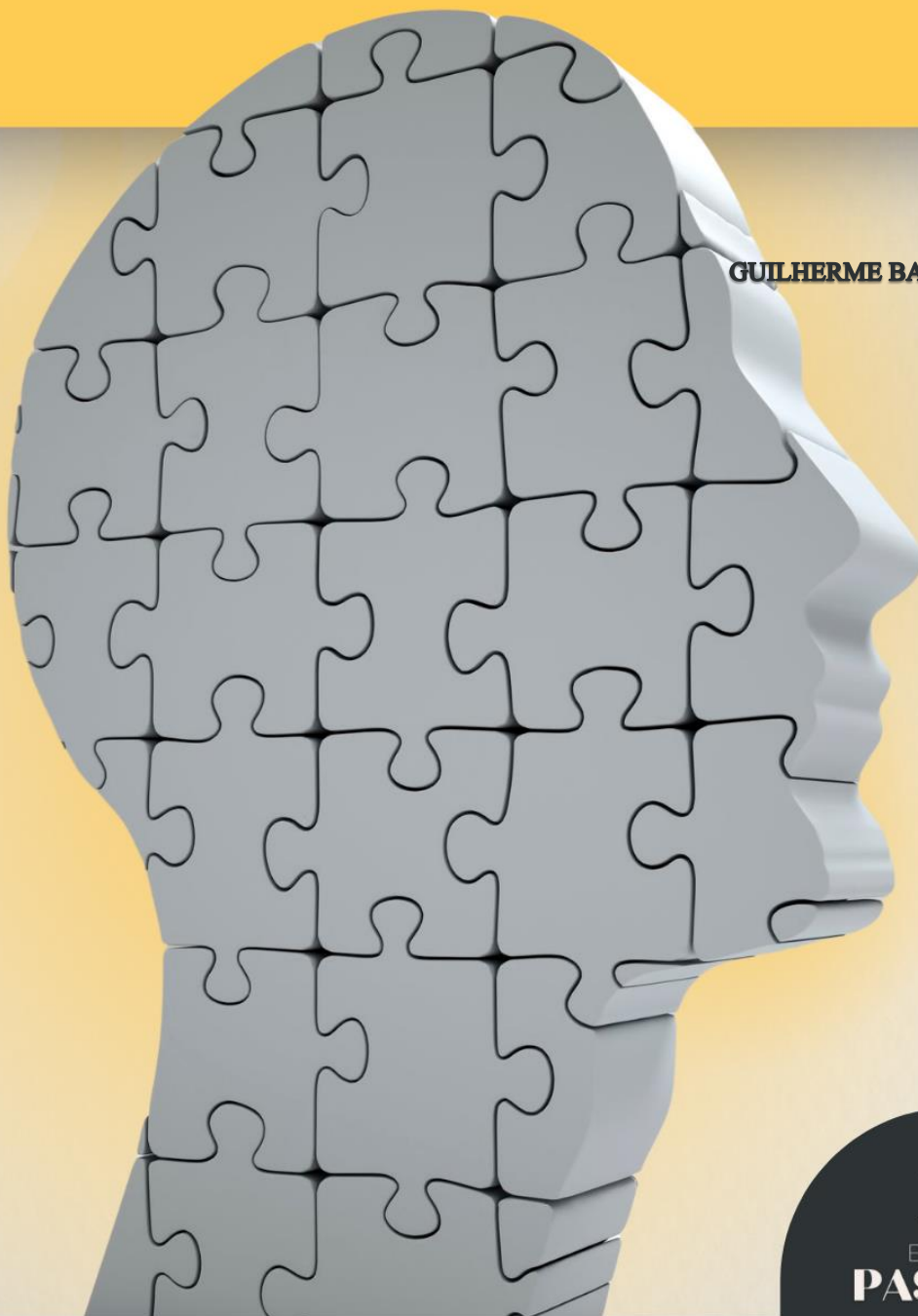
Edição 3

**Desafios da prevenção, diagnóstico,
tratamento e cuidado na sociedade moderna.**

ORGANIZADORES

GRACE TOMAL

GUILHERME BARROSO L. DE FREITAS



P
EDITORA
PASTEUR

SAÚDE MENTAL
Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e
Cuidado na Sociedade Moderna

Edição III

Organizadores

Grace Tomal
Guilherme Barroso L. De Freitas



2022

2022 by Editora Pasteur
Copyright © Editora Pasteur

Editor Chefe:

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial:

Dr. Alaercio Aparecido de Oliveira
(Faculdade INSPIRAR, UNINTER, CEPROMEC e Força Aérea Brasileira)
Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues
MSc. Bárbara Mendes Paz
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)
Dr. Daniel Brustolin Ludwig
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)
Dr. Durinézio José de Almeida
(Universidade Estadual de Maringá - PR)
Dr. Everton Dias D'Andréa
(University of Arizona/USA)
Dr. Fábio Solon Tajra
(Universidade Federal do Piauí - PI)
Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior
(Universidade Federal do Piauí - PI)
Dra. Gabriela Dantas Carvalho
Dr. Geison Eduardo Cambri
MSc. Guilherme Augusto G. Martins
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas
(Universidade Federal do Piauí - PI)
Dra. Hanan Khaled Sleiman
(Faculdade Guairacá - PR)
MSc. Juliane Cristina de Almeida Paganini
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)
Dr. Lucas Villas Boas Hoelz
(FIOCRUZ - RJ)
MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira
(Faculdade Inspirar - PR)
Dra. Márcia Astrês Fernandes
(Universidade Federal do Piauí - PI)
Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli
(Instituto Federal do Espírito Santo - ES)
Dr. Paulo Alex Bezerra Sales
MSc. Raul Sousa Andreza
MSc. Renan Monteiro do Nascimento

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Editora Pasteur, PR, Brasil)

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.
Saúde Mental - Desafios da Prevenção, Diagnóstico,
Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna / Guilherme
Barroso Langoni de Freitas - Irati: Pasteur, 2022.
1 livro digital; 115 p.; ed. III; il.

Modo de acesso: Internet

ISBN 978-65-815-4909-1

<https://doi.org/10.29327/558744>

1. Medicina 2. Saúde Mental 3. Ciências da Saúde

I. Título.

CDD 610

CDU 601/618

PREFÁCIO

A Saúde Mental é uma área que requer atenção especial, em vista da sua complexidade e pelo impacto que causa na sociedade, sendo de grande relevância para a saúde pública. Ter saúde mental não se resume apenas à ausência de transtornos mentais. Sabe-se que há uma diversidade de fatores que contribuem o bem-estar ou mal-estar mental, como os fatores sociais, culturais e biológicos. Costuma-se dizer que a somatória de vários fatores corroboram para o sofrimento psíquico. De forma que, compreender todas essas influências é extremamente importante e, especialmente, conhecer as possibilidades de prevenção e promoção em saúde mental, bem como as políticas públicas que norteiam esse campo da saúde e as possibilidades terapêuticas, com vistas a uma melhora da qualidade de vida das pessoas que convivem com problemas dessa natureza. Nessa perspectiva, essa obra visa disseminar mais o conhecimento sobre essa temática, tão necessária para a saúde global humana.

Desejamos uma proveitosa leitura e que desperte a motivação dos leitores e leitoras para novas investigações, assim como estimule os cuidados em saúde mental.

Dr^a Márcia Astrês Fernandes

Pós-doutora pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola De Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP da Universidade de São Paulo-USP. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP da Universidade de São Paulo-USP. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí. Membro do Corpo Editorial da Editora Pasteur.

SUMÁRIO

Capítulo 1

O ESTUDO DA PSICOPATIA E SEUS PRINCIPAIS ACHADOS DESCRITIVOS1

Capítulo 2

BURNOUT E A MATERNIDADE: ESTUDO DESCRITIVO DA SUA CORRELAÇÃO SITUACIONAL....9

Capítulo 3EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NA FASE INFANTOJUVENIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA
.....18**Capítulo 4**A INCIDÊNCIA DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ASSOCIADA AOS
TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS.....23**Capítulo 5**IDEAÇÃO SUICIDA ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA: MÚLTIPLAS VERTENTES INTRÍNSECAS
A ESSA QUESTÃO29**Capítulo 6**

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: MÉTODOS DE PREVENÇÃO PARA A SAÚDE DA MULHER42

Capítulo 7

TABAGISMO – O REFÚGIO COMPULSIVO DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO49

Capítulo 8SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS E OS FATORES DE RISCO RELACIONADOS EM
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE ENFERMAGEM.....56**Capítulo 9**REPERCUSSÕES DA MATURAÇÃO NEUROLÓGICA AO USO DE CANNABIS NA ADOLESCÊNCIA:
UMA REVISÃO NARRATIVA68**Capítulo 10**

DA ESQUIZOFRENIA AO DECLÍNIO COGNITIVO E DEMÊNCIA: UMA REVISÃO NARRATIVA74

Capítulo 11TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA.....81**Capítulo 12**

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE CURITIBA-PR95

Capítulo 13INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS, NO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO-RO,
CONSIDERANDO O CENÁRIO DA PANDEMIA.....106

Capítulo 1

O ESTUDO DA PSICOPATIA E SEUS PRINCIPAIS ACHADOS DESCRITIVOS

MORENO COELHO CYRÍACO¹
CAMILLA GOMES DA SILVA LACERDA²
CLARA DAVILA BARREIRA PEREIRA²
JULIA DAVILA BARREIRA PEREIRA²
BEATRIZ GONÇALVES BERTANI²
ÍTALO NASCIMENTO BARBOSA¹
RAFAELA DE SOUZA SANTOS²
CARLA GOMES DA SILVA LACERDA³
BERNANDO LANNES VENTURA²
SAID LINHARES YASSIN¹
ISABELA SANTOS NOIVO¹

¹Discente – Medicina na Universidade de Rio Verde – UniRV.

²Discente – Medicina na Universidade Iguaçu – Itaperuna – Campus V.

³Discente – Medicina na Universidade UniRedentor.

Palavras-chave: Psicopatia; Distúrbio Mental; Descritivo.

INTRODUÇÃO

A psicopatia é considerada uma constelação de traços disruptivos de personalidade e comportamentos antissociais. A classificação de transtornos mentais e de comportamento descreve o transtorno específico de personalidade como uma perturbação grave da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo. Sabendo disso e atentos a uma importante correlação com o período em questão visamos abordar possíveis aspectos propulsores da psicopatia na infância e adolescência no presente estudo.

A Psicologia e a Psiquiatria serviram de base para as construções epistemológicas sobre psicopatia, porém não se deixou de lado outras disciplinas, visto que se trata de uma patologia complexa e estudada por outras ciências. O estudo utiliza-se de uma visão fisiológica, epidemiológica, patológica, ética e bioética na área médica.

Nessa perspectiva, se torna relevante e é o objetivo do presente estudo relatar e descrever os principais achados relacionados a psicopatia durante os anos, abordando diferentes perspectivas pelos diferentes pesquisadores envolvidos, assim podendo realizar uma contribuição na investigação e desenvolvimento do conhecimento sobre a temática supracitada

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma revisão sistemática de caráter descritivo, para tanto se fez necessária a utilização de metadados e ferramentas de pesquisa disponibilizadas na rede de informações via internet nos indexadores ScienceDirect, Plataforma Sucupira e o banco de dados da *American Psychological Association*, bem como em livros científicos recentes da área relativa ao tema. Foram utilizados os descritores: psicopatia; distúrbio mental; estudo

descritivo. Desta busca foram encontrados 44 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção, assim colocados em uso apenas 30 trabalhos.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês, espanhol e francês; publicados no período de 1948 a 2013 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo (revisão, meta-análise), disponibilizados na íntegra. Houve a inclusão de trabalhos antigos devido ao início da discussão sobre o tema há mais de 50 anos atrás, não por uma questão de falta de atualizações recentes. Ademais, não houve critérios de exclusão durante a pesquisa de dados. Após a coleta de dados, os materiais foram lidos e selecionados de acordo com a pertinência e similaridade do assunto abordado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CONCEITOS

Moral

Do latim *moris*, termo que pode ser traduzido como “relacionado aos costumes”. Atualmente moral pode ser entendida como “conjunto de comportamentos que são aceitos, esperados e incentivados pelos indivíduos de uma sociedade”, compreendendo toda uma série de crenças, normas e valores que determinam esses comportamentos e definem o que está certo e errado, o que é bem e mal no âmbito do convívio social.

Psicopatia

Etimologicamente, a palavra *psicopatia*, vem do grego *psyché*, alma, e *pathos*, enfermidade.

Psicopata é um indivíduo com graves transtornos de personalidade caracterizados, principalmente, por desvio de caráter, egocentrismo e mentira patológica, falta de remorso, charme

superficial, ausência de empatia, egoísmo e impulsividade.

De acordo com Hare (1980), a psicopatia é constituída por dois fatores correlacionados entre si, sendo que o primeiro fator se relaciona com os aspectos clínicos que caracterizam a perturbação, isto é, os aspectos interpessoais e afetivos, e o segundo fator se associa aos aspectos comportamentais, mais propriamente o comportamento antissocial (HARPUR, 1988; SOEIRO & GONÇALVES, 2010). Para um indivíduo ser classificado como psicopata, necessita apresentar características relacionadas com os dois fatores (SOEIRO & GONÇALVES, 2010).

Deste modo, as características relacionadas com os dois fatores que Hare apresenta, e que são usadas para definir a psicopatia, englobam:

- Loquacidade/charme superficial;
 - Sentido grandioso de superioridade;
 - Necessidade de estimulação/propensão para o tédio;
 - Mentira patológica;
 - Astúcia/ manipulação;
 - Ausência de remorso ou sentimento de culpa;
 - Afeto superficial;
 - Insensibilidade/ausência de empatia;
 - Estilo de vida parasita;
 - Controles comportamentais diminutos;
 - Comportamento sexual promíscuo;
 - Problemas comportamentais precoces;
 - Ausência de objetivos realistas;
 - Impulsividade;
 - Irresponsabilidade;
 - Incapacidade de assumir a responsabilidade pelos próprios atos;
 - Relacionamentos conjugais numerosos e de curto prazo;
 - Delinquência juvenil;
- (HARE, 1991; GONÇALVES, 2007; RONSON, 2011).

Assim, o psicopata é “alguém incapaz de mostrar empatia ou preocupação genuína por outrem, que manipula e usa os outros para satisfazer os seus próprios desejos”, sendo que as suas características o levam a tratar as outras pessoas como objetos, sem qualquer sentimento de culpa ou remorso (SOEIRO & GONÇALVES, 2010, P. 234).

A doutora Ana Beatriz Barbosa Silva, psiquiatra pós-graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, diretora das clínicas Medicina do Comportamento, no Rio e em São Paulo, autora de diversos livros, dentre eles, *Mentes Perigosas: o Psicopata Mora ao Lado*, tido como referência bibliográfica para a construção deste trabalho, define a psicopatia em uma de suas entrevistas.

“Frios, calculistas e insensíveis à dor alheia. São pessoas que existem em diferentes classes sociais, raças, religiões e profissões. Eles estão até entre médicos, cirurgiões plásticos, jornalistas e tantas outras profissões, pois justamente conseguem ludibriar, enganar o outro sem serem desmascarados”.

“Eles mantem a mesma atitude em seduzir, mentir, magoar, dissimular, trair, abusar, roubar, agredir – e, diferentemente de grande parte das pessoas, não sentem culpa, remorso, compaixão, arrependimento e nem nenhum outro sentimento de responsabilidade para com as pessoas que ferem ou prejudicam”.

Etiologia

Os estudos do cérebro desses sujeitos antisociais acrescentam muito aos modelos teóricos que explicam o transtorno, mas mesmo com essas evidências, a complexidade delas acaba guiando os estudos a várias conclusões diferentes – e complementares em muitos casos – sobre a sua causa.

De acordo com Silva (2009):

“Os psicopatas nascem com um cérebro diferente. Os seres humanos têm o chamado sistema límbico, a estrutura cerebral

responsável por nossas emoções. É uma espécie de central emocional, o coração da mente. Em 2000, dois brasileiros, o neurologista Ricardo Oliveira e o neurorradiologista Jorge Moll, descobriram a prova definitiva dessa diferença da mente psicopata, por meio da chamada ressonância magnética funcional, que mostra como o cérebro funciona de acordo com diferentes atividades. Nesse exame, mostraram imagens boas (belezas naturais, cenas de alegria) e outras chocantes (morte, sangue, violência, crianças maltratadas). Nas pessoas normais, o sistema límbico reagia de forma diversa. Nos psicopatas, não há diferença. O sistema límbico dessas pessoas não funciona. O pôr do sol ou uma criança sendo espancada geram as mesmas reações. Da mesma forma, não há repercussão no corpo. Eles não têm taquicardia, não suam de nervoso. Por isso passam tranquilamente num detector de mentiras”.

A participação da amígdala

Blair (2001) enfatiza bastante a participação da amígdala no comportamento. Esta é uma estrutura que se localiza no sistema límbico do cérebro, área mais antiga evolutivamente falando e que se relaciona com respostas bem primitivas do organismo, no que tange à sobrevivência. O medo é uma emoção intimamente ligada à essa região, relacionando-se às respostas do organismo frente a estímulos ambientais ameaçadores. Também está relacionada à expressão de outras emoções.

Exames de Ressonância Magnética Funcional (fMRI) vêm mostrando que realmente há um funcionamento anormal na hemodinâmica da amígdala (KIEHL, 2001). Ao que tudo indica, a estrutura no cérebro dos psicopatas funciona diferente numa série de situações.

Foi relatado, por exemplo, num estudo, que a amígdala possui uma ativação muito inferior ao nível normal quando esses indivíduos visualizam imagens que indicam violação de regras

morais (HARENSKI, 2006) ou mesmo de imagens chocantes, como amputações (HARENSKI, 2008).

No que concerne às expressões faciais, o mesmo ocorre. Em um estudo realizado por Dolan (2002), esse demonstrou que, através da fMRI, indivíduos que se encaixam no critério para a psicopatia revelam uma expressão amigdalítica muito mais baixa que a do grupo controle ao observar expressões faciais de medo.

Boccardi (2011) teve um estudo publicado, no qual encontrou indícios de que essa baixa expressão da estrutura estaria relacionada à reduzidos níveis de massa cinzenta no local; em outras palavras, a região basolateral da estrutura teria um tamanho significativamente diminuído nos indivíduos estudados, o que resultava em déficits em seu funcionamento.

O curioso e coerente com outros estudos na área é que o núcleo basolateral é exatamente a área que mantém conexões com o córtex orbito frontal, no córtex pré-frontal. Estima-se, atualmente, que a interação entre as duas áreas esteja relacionada à “atualização” do reforço de certos comportamentos relacionados à detecção de ameaças (PHELPS & LEDOUX, 2005).

Figura 1.1 Amígdalas em vermelho



Fonte: Instituto Brasileiro de Linguagem Corporal. Disponível em : <https://ibralc.com.br/o-cerebro-do-psicopata/> / Acesso em: 25 out. 2012.

O córtex pré-frontal – O que nos torna humanos

Outra área que tem destaque na condição da psicopatia é o córtex pré-frontal. Essa região localiza-se bem atrás da nossa testa e olhos, e está relacionada à uma diversidade de comportamentos tipicamente humanos: tomada de decisão, controle de impulsos (e emoções), racionalidade (apesar de não ser somente essa região ativadas nesses momentos) e etc.

Antes de ferramentas de alta tecnologia serem disponibilizadas para experimentos científicos, já se cogitava fortemente a hipótese de esse local estar relacionado aos comportamentos dos psicopatas pelo fato de lesões resultarem em comportamentos impulsivos semelhantes aos desses indivíduos.

Em um estudo, Motzkin (2011) e seus colegas refere que existe uma área específica do córtex pré-frontal está especialmente afetada no transtorno: a porção ventromedial. Essa região, segundo o estudo, está relacionada com as decisões morais utilitaristas (BENTHAM, 2004).

De forma simplificada, essa filosofia moral baseia-se no princípio de que qualquer ato moral deve ser definido como tal baseado na consequência do mesmo, isto é, sacrificando um em nome de dois, por exemplo. E essa moralidade fria e calculista está bem presente na mentalidade dos psicopatas, bem mais racionais que “emotivos”, digamos assim.

Figura 1.2 Córtex pré-frontal em vermelho

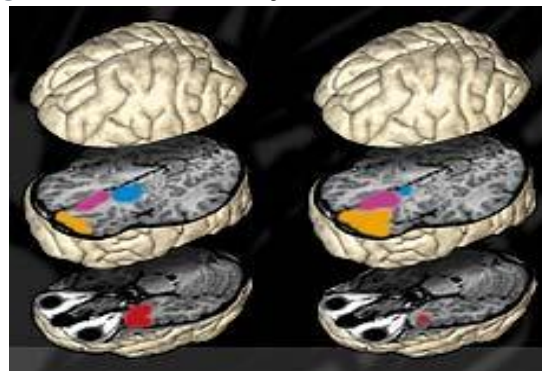


Fonte: Instituto Brasileiro de Linguagem Corporal. Disponível em : <https://ibralc.com.br/o-cerebro-do-psicopata/> Acesso em: 25 out. 2010.

Bateria de emoções morais

No ano 2001, dois neurocientistas, o neuropsiquiatra Ricardo de Oliveira-Souza e o neurologista Jorge Moll Neto, identificaram, através de ressonância magnética, as partes do cérebro ativadas quando as pessoas fazem julgamentos morais. Desde 2002, obteve-se um grande avanço nesse mapeamento. Por meio de um teste desenvolvido por Moll, batizado de Bateria de Emoções Morais (BEM), e com a tecnologia da ressonância magnética funcional, concluíram que o cérebro de alguns indivíduos responde de forma diferente da de uma pessoa normal quando levado a fazer julgamentos morais, que envolvem emoções sociais, como arrependimento, culpa e compaixão. Diferentes das emoções primárias, como o medo, que dividimos com os animais, as sociais são mais sofisticadas, exclusivas dos humanos que têm a ver com nossa interação com os outros. Os resultados preliminares do estudo sugerem que os psicopatas têm muito pouca pena ou culpa, dois alicerces da capacidade de cooperação humana. Mas sentem desprezo e desejo de vingança. As imagens mostram que há pouca atividade nas estruturas cerebrais ligadas às emoções morais e às primárias e um aumento da atividade nos circuitos cognitivos, ou seja, os psicopatas funcionam com muita razão e pouca emoção.

Figura 1.3 Bateria de Emoções Morais



Fonte: Psicopatas BlogSpot. Disponível em: <http://psicopatas12.blogspot.com.br/2010/10/mapeamento-das-emocoes.html> Acesso em 13 out. 2010.

De acordo com Oliveira e Moll (2002):

“Quando uma pessoa normal (à esq.) faz julgamentos morais, ativam-se as áreas pré-frontais (laranja e roxo), responsáveis pelos aspectos cognitivos - frios e racionais - do julgamento. Também são ativados o hipotálamo (azul), relacionado às emoções básicas, como raiva e medo, e o lobo temporal anterior (vermelho), ligado às emoções morais, tipicamente humanas. Resultados preliminares mostram que, no cérebro do psicopata (à dir.), diminui sensivelmente a ativação das áreas relacionadas tanto às emoções primárias (azul) quanto às morais (vermelho) e aumenta a atividade nas áreas pré-frontais (laranja e roxo), ligadas aos circuitos cognitivos, de razão pura.

Como o dano ao córtex orbito frontal (OFC), pode resultar em uma falta de empatia e comportamentos antissociais em face da cognição social preservada e emoções básicas (ESLINGER *et al.*, 1992). Tem como hipótese que esta região cerebral seria mais ativada pela percepção visual de estímulos evocativos de emoções morais em comparação com estímulos emocionais sem conteúdo moral e comparados com estímulos não-emocionais. Além disso, foi previsto que as emoções básicas e morais evocariam ativações sobrepostas nas regiões cerebrais envolvidas no processamento emocional, como a amígdala, a ínsula e os núcleos subcorticais (DAMASIO *et al.*, 2000).

Investigação

De uma forma geral, investigações envolvendo quer crianças quer adolescentes com traços de psicopatia são escassos, o que limita a informação na área. Contudo, se já na década de 70 e 80 se falava em traços de psicopatia em amostras que consideravam tanto crianças como adolescentes, como pode esta realidade ser negada tantos anos depois, e numa fase de tão grande evolução da investigação. Investigar como os jovens avaliam as regras é importante, na

medida em que conhecer a forma como respeitam as regras e a autoridade possibilita compreender que fatores poderão conduzir à manifestação de problemas comportamentais futuros (MULLINS & TISAK, 2006). Neste sentido, parece justificável que se conheça o modo como os jovens fazem uma avaliação das questões morais, e se essa avaliação se relaciona com capacidades empáticas.

Relativamente à variável psicopatia, é possível observar que recentemente o construto da psicopatia se tem alargado à infância e adolescência, e é possível verificar que crianças e adolescentes que apresentam traços de psicopatia demonstram características comportamentais e neurocognitivas semelhantes ao observado em adultos psicopatas (HARE, 1980).

O desenvolvimento moral também constitui uma variável de interesse e a sua relação com a adolescência faz sentido, uma vez que se observa que o caráter moral do adulto começa a ganhar forma durante esta fase. A adolescência tem características que a tornam ao nível de desenvolvimento diferente da infância pois, como o adolescente é incluído numa realidade diferente da que passou em criança, em que é inserido num meio escolar maior, passa menos tempo com a família, começa a valorizar a relação com os pares, inicia relações românticas, entre outros aspetos, a vida moral enfrenta novos desafios, novas oportunidades e novas influências. Também os adultos, tal como os adolescentes, se encontram num meio rodeado por família, amigos, instituições, e práticas culturais, contudo, contrariamente a estes, não mudam rapidamente. Como resultado, o caráter moral pode ser transformado entre a infância e a idade adulta (HART, 2005).

Métodos de diagnóstico

A psicopatia abrange um conjunto de traços de personalidade socialmente indesejáveis, tais

como falta de empatia e de remorso, comportamentos predatórios e de exploração interpessoal, além de tendências externalizantes (CLECKLEY, 1941). Embora diversos instrumentos atuais desempenhem um papel importante na avaliação do construto, a escala *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) (HARE, 1991) é considerada o "padrão ouro" da avaliação da psicopatia (VITACCO *Et Al.*, 2005). Essa ferramenta, adaptada ao Brasil por Morana (2004), consiste numa reformulação de um instrumento anterior (HARE, 1980), construído pelo trabalho teórico de diversos autores pioneiros na área (CLECKLEY, 1941). A PCL-R possui 20 itens pontuados por uma entrevista semiestruturada, com base numa escala Likert de três pontos (0 = não se aplica; 1 = Presente em certa medida; 2 = definitivamente presente). Esses itens enfocam traços de manipulação, falta de remorso ou de culpa, falta de metas realistas em longo prazo, delinquência juvenil, versatilidade criminal, além de outros aspectos.

Um dos tópicos controversos na literatura sobre a escala PCL-R é a estrutura fatorial do instrumento. Inicialmente, Hare (1990) propôs uma estrutura de dois fatores, com o fator 1 representando aspectos interpessoais e afetivos, e o fator 2, características impulsivas e antissociais. Contudo, modelos alternativos também foram relatados subsequentemente. Em particular, Cooke e Michie (2001) propuseram um modelo hierárquico com três fatores (interpessoal, afetivo e impulsivo), recomendando a exclusão de alguns itens sobre comportamentos criminosos (e.g., versatilidade criminal e delinquência juvenil). Segundo os autores, boa parte da falta de acordo a respeito da definição da psicopatia

reside na confusão entre traços de personalidade e comportamentos antissociais, considerando que comportamentos antissociais são inespecíficos e não acrescentam informação útil à avaliação dos traços de personalidade. Entretanto, Hare (2003) e Vitacco (2005), posteriormente, propuseram manter os itens sobre comportamentos criminosos e desviantes em um modelo de quatro fatores: interpessoal, afetivo, impulsivo e antissocial. A defesa desse modelo, explícita no trabalho de Hare e Neumann (2008), é de que a antissocialidade tem sido, historicamente, um componente intrínseco à definição da psicopatia.

CONCLUSÃO

O presente estudo abordou a psicopatia também a comparando com outros transtornos de personalidade que tem difícil diagnóstico e podem ser confundidos, mostrando também através da interdisciplinaridade diversas formas desde os sinais comuns que podem apresentar um portador de psicopatia, como lidar com o paciente e formas atuais de tratamento, não deixando de lado o histórico da descoberta da psicopatia por pensadores do seu tempo e as definições dadas anteriormente até chegarmos na atual.

Para um melhor entendimento do assunto foi dado o aspecto neurofisiológico onde se é detalhado onde é afetado no cérebro e caracterizando detalhadamente os fatores comportamentais que residem na confusão entre traços de personalidade e comportamento de um psicopata.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, D. Correlação entre grau de psicopatia, nível de julgamento moral e resposta psicofisiológica em jovens infratores [tese]. São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São, 2011.
- BENTHAM, J. *Chrestomathia: Recueil de feuillets qui expliquent le projet d'une institution*. Cahiers de l'Unebévúe, Paris, 2004.
- BLAIR, R. J. A selective impairment in processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 491, 2001.
- BOCCARDI, M. *et al.* Cortex and amygdala morphology in psychopathy. *Psychiatry Res.* 193, 85, 2011.
- CLECKLEY, H. *A máscara da sanidade: uma tentativa de esclarecer algumas questões sobre a chamada personalidade psicopática*. Mosby, 1941.
- COOKE, D. & MICHIE, C. Refinando a construção da psicopatia: em direção a um modelo hierárquico. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 171, 2001.
- DAMÁSIO, A. *O Mistério da Consciência: do corpo e das emoções do conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- DOLAN, R.J. Modulação da atenção espacial por estímulos condicionados ao medo: um estudo de fMRI relacionado a eventos. *Neuropsychologia* 40 (7): 817, 2002.
- ESLINGER, P. J. Developmental consequences of childhood frontal lobe damage. *Archives of Neurology*, 49(7), 764, 1992.
- GONÇALVES, R. A. Promover a mudança em personalidades anti-sociais: punir, tratar e controlar. *Análise Psicológica*, 25(5), p. 571, 2007.
- HARE, R. D. A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1(2), 111, 1980.
- HARE, R.D. A Lista de Verificação da Psicopatia revisada: Confiabilidade e estrutura fatorial. *Avaliação psicológica: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 2, p. 338, 1990.
- HARE, R.D. Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(2), 217, 2008.
- HARE, RD. *Manual para a Lista de Verificação Revisada da Psicopatia*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems, 1991.
- HARE, RD. *The Hare Psychopathy Checklist Revised* (2ª ed.). *Sistemas Multi-Saúde*, 2003.
- HARENSKI, CL. Correlatos neurais de regulação de emoções negativas relacionadas a violações morais. *Neuroimage*, 30, 313, 2006.
- HARENSKI, CL. Diferenças de gênero nos mecanismos neurais subjacentes à sensibilidade moral. *Neurociência Social, Cognitiva e Afetiva*, 3, 313, 2008.
- HARPUR, T.J. Estrutura fatorial da Lista de Verificação da Psicopatia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (5), 741, 1988.
- HART, D. Desenvolvimento moral na adolescência. *Journal of Research on Adolescence*, 15 (3), 223, 2005.
- JC ROSEN & P. MCREYNOLDS (Eds.), *Avanços na avaliação psicológica*, 8, 103, 1992.
- KIEHL, A. A cognitive neuroscience perspective on psychopathy: Evidence for paralimbic system dysfunction, *Psychiatry Research*, 142, (2–3), 107, 2001.
- MOLL, J & OLIVEIRA-SOUZA, R. Os correlatos neurais da sensibilidade moral: uma investigação por ressonância magnética funcional das emoções básicas e morais. *Journal of Neuroscience*, 22 (7) 2730. 2001.
- MORANA, H. 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. [tese]. São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004.
- MOTZKIN JC. (2011). Conectividade pré-frontal reduzida em psicopatia. *J Neurosci.* 31 (48): 17348, 2011.
- PHELPS EA. (2005). Contributions of the amygdala to emotion processing: from animal models to human behavior. *Neuron*, 48(2):175, 2005.
- RONSON, J. *The psychopath test: A journey through the madness industry*. Riverhead Books/Penguin Putnam, 2011.
- SANTOS, R. O desenvolvimento moral em jovens com traços de psicopatia. *Dissertação de Mestrado Em Psicologia Clínica*, 121f. 2013, Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro. Vila Real, 2013.
- SILVA, A. B. B. *Mentes perigosas: o psicopata mora ao lado*. Objetiva, Rio de Janeiro, 2008.
- SOEIRO, C. O estado de arte do conceito de psicopatia. *Aná. Psicológica [Online]*, 227, 2010.
- TISAK, D. Moral, conventional, and personal rules: The perspective of foster youth. *Journal of Applied Developmental Psychology* 27(4), 310, 2006.
- VITACCO, MJ. Testando um modelo de quatro fatores de psicopatia e sua associação com etnia, gênero, inteligência e violência. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 466, 2005.

Capítulo 2

BURNOUT E A MATERNIDADE: ESTUDO DESCRITIVO DA SUA CORRELAÇÃO SITUACIONAL

JÚLIO CÉSAR ARAUJO PORTUGAL¹
CAIO SILVA DE PAULA MUSSI¹
CAMILLA GOMES DA SILVA LACERDA¹
RAFAELA DE SOUZA SANTOS¹
MAYRA ANDRADE KARL¹
MARIA LUIZA DIAS RAPOSO RODRIGUEZ¹
ITALO NASCIMENTO BARBOSA²
MORENO COELHO CYRÍACO²
SAID LINHARES YASSIN²
ISABELA SANTOS NOIVO²

¹Discente – Medicina na Universidade Iguaçu – Itaperuna – Campus V.

²Discente – Medicina na Universidade de Rio Verde – UniRV.

Palavras-chave: Burnout; Maternidade; Descritivo

INTRODUÇÃO

O fenômeno do burnout refere-se a uma síndrome específica de exaustão relacionada a situações prolongadas de desequilíbrio emocional, onde a carga do estresse percebido ultrapassa os recursos pessoais para enfrentá-lo. O burnout parental são situações em que ocorre o esgotamento como resultado de estar fisicamente e emocionalmente sobrecarregado pelo papel dos pais (HUBERT, 2018).

O burnout parental são situações em que ocorre o esgotamento como resultado de estar fisicamente e emocionalmente sobrecarregado pelo papel dos pais (HUBERT, 2018). O burnout parental se desenvolve como consequência da exposição crônica ao estresse parental, onde as demandas experimentadas (ou seja, fatores de risco) excedem constantemente os recursos disponíveis. As demandas são fatores que aumentam o estresse, como inúmeras tarefas e deveres dos pais ou a falta de apoio externo (ou seja, apoio de creches, apoio familiar). Os recursos são, por sua vez, fatores redutores do estresse, como tempo para atividades de lazer ou relaxamento ou suporte externo (ROSKAM, 2017).

Vários fatores de origem familiar podem ser considerados como fatores de risco para o esgotamento dos pais (MIKOLAJCZAK, 2017), como ter muitos filhos (famílias grandes podem aumentar as demandas dos pais), ter filhos pequenos (mais jovens as crianças precisam de mais cuidados do que as crianças mais velhas), tendo uma pequena diferença de idade entre os filhos (requer mais investimento dos pais), sendo do sexo feminino (as mães tendem a estar mais envolvidas nos cuidados infantis do que os pais) (LINDHAL-NORBERG, 2007; SORKKILA, 2019), sendo mães solteiras (pais solteiros podem não ser capazes de dividir tarefas ou

responsabilidades com ninguém), ter uma família mesclada (os pais podem ter problemas de autoridade ou outras dificuldades com enteados) (BAXTER, 2004; SORKKILA 2019), baixos recursos financeiros da família (pais com menores renda sofrem de estresse adicional relacionado ao dinheiro, e eles podem não ser capazes de pagar serviços adicionais, como babá), desemprego dos pais (estar desempregado pode causar estresse adicional e afetar a autoestima), ter um filho com necessidades especiais (essas crianças requerem atenção e cuidados extras) (MIKOLAJCZAK, 2017).

No entanto, um estudo recente revelou que fatores sociodemográficos explicaram menos variância no esgotamento parental do que particularidades da criança, traços de personalidade dos pais, fatores parentais e funcionamento familiar (MIKOLAJCZAK, 2017).

As preocupações perfeccionistas explicaram uma variação significativamente maior no burnout parental do que no burnout ocupacional. Os resultados podem ser explicados pela tendência dos pais perfeccionistas de generalizar demais os eventos negativos, ruminar sobre as falhas do passado e se envolver no pensamento tudo ou nada (KAWAMOTO, 2018; SORKKILA, 2019).

Os altos padrões que um indivíduo estabelece para si mesmo (perfeccionismo auto orientado), bem como as altas demandas percebidas de outros e as preocupações relacionadas com avaliações negativas podem ser consideradas fatores de aumento de estresse em um contexto parental.

Pouco se sabe sobre o papel relativo diferentes variáveis no burnout parental. Como o papel de cada variável de fundo sociodemográfico no burnout parental pode diferir entre países e culturas, estudos em diferentes ambientes

culturais são necessários para obter uma compreensão mais ampla do fenômeno (MIKO-LAJCZAK, 2017).

Nessa perspectiva, se torna relevante e é o objetivo do presente estudo, relatar e descrever os principais achados relacionados ao burnout parental durante os anos, abordando diferentes perspectivas pelos diferentes pesquisadores envolvidos. Visto que é uma doença tão pouco fomentada, mas com graves consequências aos seus portadores, sobretudo quando expostos a um diagnóstico tardio, faz-se presente uma contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento sobre a temática supracitada.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma revisão sistemática de caráter descritivo, para tanto se fez necessária a utilização de metadados e ferramentas de pesquisa disponibilizadas na rede de informações via internet nos indexadores ScienceDirect, Plataforma Sucupira e o banco de dados da *American Psychological Association*, bem como em livros científicos recentes da área relativa ao tema. Foram utilizados os descritores: psicopatia; distúrbio mental; estudo descritivo. Desta busca foram encontrados 20 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção, assim colocados em uso apenas 8 trabalhos.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês, espanhol e francês; publicados no período de 2010 a 2020 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo (revisão, meta-análise), disponibilizados na íntegra. Ademais, não houve critérios de exclusão durante a pesquisa de dados. Após a coleta de dados, os materiais foram lidos e selecionados de acordo com a pertinência e similaridade do assunto abordado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores de risco de esgotamento parental

Um estudo investigou quais são as principais variáveis do contexto familiar que contribuem para o esgotamento parental entre os pais. Também foi investigado como o perfeccionismo auto orientado e socialmente prescrito se relaciona de forma única e interativa com o esgotamento dos pais, além dos impactos das variáveis de fundo. Quando várias variáveis de fundo relacionadas à família e à criança foram levadas em consideração, a idade dos pais, o desemprego, a percepção da má situação financeira da família e o fato de ter um filho com necessidades especiais mostraram associações únicas com o esgotamento dos pais (SORKKILA, 2019).

Estudos sugerem que atenção específica deve ser dada às famílias com poucos recursos financeiros e desemprego. Além disso, altas expectativas sociais vivenciadas pelas mães poderiam ser equilibradas, por exemplo, ensinando-lhes habilidades de autoaceitação e compaixão (SORKKILA, 2019).

Para abordar a prevenção e o tratamento do burnout, é crucial identificar os fatores por trás do burnout parental. Esses fatores podem incluir fatores de fundo sociodemográficos (por exemplo, situação financeira da família, a idade dos pais e o número de filhos) e características das crianças (por exemplo, idade dos filhos, atrasos no desenvolvimento ou doenças permanentes) (LINDSTRÖM, 2011; SORKKILA, 2019). Além disso, as características de personalidade também podem desempenhar um papel (KAWAMOTO *et al.*, 2018; LE VIGOUROUX *et al.* & SCOLA, 2018).

O burnout pode ocorrer em qualquer ambiente caracterizado por estresse crônico duradouro (BIANCHI, 2014; SORKKILA, 2019).

Por exemplo, Roskam *et al.* (2017) demonstraram que o burnout pode ocorrer no contexto da parentalidade, identificando o burnout parental como uma síndrome separada e única que é teórica e praticamente diferente do burnout no trabalho. Com base em sua pesquisa inovadora, Roskam *et al.* (2017) conceituou quatro dimensões de esgotamento parental:

1. exaustão relacionada ao papel de alguém como pai (ou seja, sentimento de que a paternidade requer muito envolvimento; papel emocionalmente desgastante como pai);

2. contraste com o eu parental anterior (ou seja, sentimento de que não é um pai tão bom como no passado; vergonha em relação à paternidade);

3. sentimentos de estar farto do papel de pai (ou seja, não gostar mais de passar tempo com os filhos; não está feliz com o papel dos pais);

4. distanciamento emocional dos filhos (ou seja, fazer o mínimo para os filhos e nada mais; limitar as interações aos aspectos instrumentais da educação às custas dos aspectos emocionais).

Fadiga física e emocional intensa

Em um estudo feito por Hubert (2018) todos os participantes relataram ter experimentado uma fadiga muito intensa, intimamente ligada ao estresse e ansiedade percebidos. O ponto de intensa fadiga física e emocional, parece que o corpo diz “pare” e a agitação, a tensão e o nervosismo penetrantes são vivenciados. Sintomas físicos específicos também foram relatados como dor no pescoço, zumbido, dor de cabeça, tontura, mal-estar entre outros. Ao se sentirem exaustas, as participantes relataram não ter mais acesso à sua força interior.

O estado de fadiga intensa, estresse e ansiedade descrito acima tiveram um impacto inevitável na gestão da vida cotidiana, incluindo as interações com as crianças. As mães exauridas

tendiam a desenvolver aversão a quaisquer responsabilidades e tarefas domésticas que antes eram tão importantes para elas. Planejar, antecipar e executar projetos tornou-se complicado.

À medida que iam ficando exaustas, iam desenvolvendo gestos mecânicos na interação com os filhos. Interagir com os filhos, brincar com eles ou simplesmente estar com eles pode ser tão penoso que ocorre uma separação mental e emocional. Em algum momento, a própria presença dos filhos seria percebida como insuportável e levaria a reações impulsivas incontrolláveis. A violência pode ser expressa não só por palavras, mas também por gestos. E a ideia de cometer suicídio não é um pensamento incomum para mães exaustas.

Auto ódio e medo

Neste mesmo estudo foi citado que a vivência de sentimentos negativos em relação aos filhos e a perda do autocontrole minou a autoestima e o senso de competência das mães. À medida que aumenta a distância entre suas aspirações e a realidade, as mães exaustas passam a endossar um sentimento de fracasso que vai até o ódio a si mesmas. De olhar criticamente para o que elas fazem, a autodepreciação das mães exaustas passa a olhar criticamente para o que elas são intrinsecamente.

Vergonha e solidão

As participantes relataram sentir que não mereciam ser mãe. Era um sentimento angustiante que elas não podiam compartilhar com outras pessoas. Devido a ideia normativa do que define uma boa mãe como uma fonte de pressão, somando-se à sensação de vergonha.

Junto com a sensação de vergonha e às vezes como consequência dela, uma grande sensação de solidão. Pedir ajuda não era fácil, aumentando assim o fardo de estar sozinho para

lidar com todos os tipos de expectativas e responsabilidades. O sentimento de solidão era particularmente agudo quando se deparavam com situações em que ficavam sozinhas com seus filhos. Além de ser factual, o isolamento das mães também pode ser entendido de forma simbólica. A percepção de falta de apoio, ajuda, reconhecimento pode induzir a um sentimento de abandono e desconhecimento, tornando extremamente complicado qualquer pedido de ajuda. O quão secretas as situações de perda de controle vivenciadas podem ser mantidas, pois acontecem em casa e ninguém sabe o que acontece. Mesmo se quisessem teriam extrema dificuldade em expressar seus sentimentos. Não só faltavam as palavras, mas às vezes a própria capacidade de pensar sobre tal experiência indescritível, era prejudicada pelo estado de exaustão.

Culpa

Junto com o medo, a vergonha e a solidão, a culpa foi considerada central na experiência de exaustão materna. As mães tendem a se sentir culpadas antes mesmo de se sentirem exaustas, no momento em que ainda investem excessivamente no papel materno. Na verdade, naquele momento, o menor erro seria para elas igual a um fracasso ou uma falha.

Quando finalmente sobrecarregadas, de inseguranças em serem mães suficientemente boas, passam a ser mães inadequadas. As mães não percebem mais os filhos como fonte de alegria e motivação. Em vez disso, começam a se forçar, o que é novamente fonte de ansiedade. De ser circunscrito e especificamente relacionado a uma situação particular, o sentimento de culpa evoluiu para se tornar mais geral, não relacionado a uma situação específica e onipresente. As mães exauridas se consideram prejudiciais aos filhos, o que coloca o seu sentimento de culpa no auge (HUBERT, 2018).

Maior prevalência de sintomas de burnout em pais de crianças com doenças crônicas

O apoio psicossocial da família é uma parte muito importante do tratamento quando uma criança adoece devido a uma doença crônica. Alguns estudos que investigam esse assunto relatam resultados diferentes, a saber, que o estresse parental associado à doença infantil diminui com o tempo ou que as reações psicológicas persistem. Quando uma criança é diagnosticada com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), os pais ficam sabendo da gravidade desta doença crônica e que o tratamento será feito pelos pais em grande medida. Essa responsabilidade parental estendida pode levar ao estresse parental (LINDSTRÖM, 2010).

Os pais devem lidar com a doença do filho com sensibilidade. Encontramos pais de crianças com doenças crônicas que afirmam que seu próprio comportamento mudou. Parece que muitos desses pais vivem com um fardo prolongado e apresentam sintomas de apatia e fadiga, uma condição comumente chamada de burnout. Existem vários fatores de estresse na vida diária dos pais que ao longo do tempo podem levar a sintomas de esgotamento (LINDSTRÖM, 2010).

Burnout parental

O trabalho dos pais muitas vezes parece que as demandas superam em muito os recursos. É surpreendente o quanto eles podem fazer e o quanto continuam a fazer mesmo sem energia. Adicione uma pandemia global às responsabilidades já crescentes da maternidade e estaremos no caminho certo para o colapso emocional (REAM, 2020).

Em um estudo recente, o esgotamento dos pais foi definido como: "uma síndrome específica resultante da exposição duradoura ao estresse parental crônico".

Os pesquisadores identificaram três domínios de esgotamento parental:

1. Esgotamento avassalador (relacionado à paternidade)
2. Distanciamento emocional da criança
3. Uma sensação de ineficácia no papel de pai.

Esta experiência pode impactar negativamente o bem-estar dos pais, as práticas parentais e as interações pais-filhos (e, em última análise, o desenvolvimento da criança). (MIKOLAJCZAK, 2017).

Os pesquisadores também estudaram cinco preditores de burnout parental e o que eles descobriram é que o seguinte mais influenciou o burnout:

- Traços estáveis dos pais: tendência a exibir depressão, ansiedade, dúvidas sobre si mesmo, etc.
- Fatores parentais: sentir-se restrito em seu papel como pai, tendo disciplina inconsistente.
- Funcionamento familiar: insatisfação conjugal, falta de coesão como casal / discordância nas decisões dos pais ou ter um ambiente doméstico caótico.

Em outro estudo Mikolajczak (2017) delineou fatores para diminuir o estresse parental:

Ter Autocompaixão

Tratar a si mesmo como trata os outros. Quando aqueles que amamos ficam aquém, geralmente fazemos concessões, mostramos graça e oferecemos apoio. As mães, não se oferecem a mesma gentileza. Elas têm a tendência de ampliar deficiências. Se derrotam, estabelecem expectativas muito altas e caem na espiral do pensamento negativo.

A autocompaixão abrange três componentes:

- Benevolência
- Humanidade comum (sabendo que você não está sozinho)
- Mindfulness (estar presente no momento sem julgamento).

Aumente o tempo de lazer

Em um estudo que monitorou uma grande empresa de engenharia por três anos, eles descobriram que as pausas regulares estavam relacionadas à diminuição do risco de acidentes (MACDONALD, 2003; REAM, 2020).

O autocuidado pode ser semelhante a sentar ao ar livre por 10 minutos; dizer "sim" para coisas que interessam; dizer "não" quando realmente quiser; comer alimentos nutritivos; ligar para um amigo; ouvir música; ir para a cama cedo; alongar-se; assistir algo engraçado, entre outros. Saiba também que o autocuidado não é apenas um ato de fazer. Às vezes, o autocuidado é estabelecer limites com as pessoas ou com nosso tempo. Pode significar que não estamos mais dando ênfase ao que os outros pensam de nós (REAM, 2020).

Identificação de suportes externos

Vivemos em uma sociedade onde podemos ter centenas de amigos, mas ninguém em quem possamos realmente confiar ou com quem possamos ser transparentes. Podemos mudar isso. Primeiro, precisamos cultivar nossas amizades. Precisamos nos atualizar, conectar e convidar. Precisamos ser o amigo que esperamos ganhar (REAM, 2020).

Estas dicas não vão "curar" o esgotamento por si só, mas é um lugar por onde começar. Nos dias de hoje, ser mulher pode ser emocionante e opressor. Temos oportunidades crescentes, mas isso também vem com uma sensa-

ção de pressão avassaladora. Estamos sendo desafiados a ser as melhores na maternidade, em nossas carreiras, como parceiras, amigas, filantropos, modelos de saúde - e tudo isso enquanto mantemos uma imagem de casa perfeita (REAM, 2020).

A pressão para ser uma mãe perfeita

A pressão para ser uma mãe perfeita e esgotamento dos pais, burnout parental refere-se à exaustão emocional dos pais, distanciamento emocional de seus 2 e sentimentos reduzidos de realização e eficácia dos pais (ROSKAM *et al.*, 2017). Tem graves consequências para os próprios pais, aumentando a fuga e as ideações suicidas, os problemas de sono e os vícios; bem como para o parceiro, aumentando o conflito e o afastamento do parceiro; e seus filhos, aumentando os comportamentos negligentes e violentos em relação às crianças (MIKOLAJCZAK 2018).

No nível individual, pais com alto nível de neuroticismo e evasão de apego e pais com baixo nível de consciência, afabilidade e inteligência emocional apresentam maior risco de esgotamento parental. Os pais com baixa paternidade positiva, crenças de autoeficácia e pais que percebem seu papel parental para restringir sua liberdade estão mais em risco de esgotamento parental. No nível familiar, a disfunção familiar, como maior desorganização e conflito familiar, e menor concordância co-parental e satisfação conjugal, está relacionada a um maior risco de esgotamento parental (MIKOLAJCZAK, 2018).

As mães não são apenas receptoras passivas de normas intensivas de maternidade, elas provavelmente também tentam regular ativamente essa pressão social para ser uma mãe perfeita. Quando as mães sentem que seu senso de si mesmas como uma mãe valorizada e bem-sucedida está ameaçado - o que é provável em face

de padrões maternos excessivamente elevados - um foco de prevenção pode ser acionado para lidar com essa ameaça e para proteger a identidade e desempenho materno como mãe (MEEUSSEN, 2018).

É provável que não apenas os próprios altos padrões de maternidade das mulheres, mas também os padrões socialmente prescritos de maternidade (ou seja, pressão para ser uma mãe perfeita) desencadeiem comportamentos maternos de guarda nas mulheres - pois elas podem sentir que serão julgadas pela qualidade do cuidado infantil em sua família e visam evitar a desvalorização social e proteger a identidade materna. Não apenas as reações afetivas negativas das mulheres à pressão para ser uma mãe perfeita, mas também a regulação cognitiva e comportamental dessa pressão para que possam tornar as mães mais vulneráveis ao esgotamento dos pais (MEEUSSEN, 2018).

Como as mulheres estão cada vez mais combinando papéis familiares e profissionais é importante também investigar até que ponto a pressão para ser uma mãe perfeita se relaciona com os resultados do trabalho materno. O trabalho das pessoas e a vida familiar estão intimamente ligados, portanto, as escolhas em um domínio da vida podem transbordar para o outro domínio (DEMEROUTI, 2013; MEEUSSEN, 2018).

A pressão para ser uma mãe perfeita pode prejudicar o equilíbrio entre trabalho e família das mulheres e, à medida que fazem escolhas para poder combinar os dois domínios da vida, as mulheres podem diminuir suas ambições profissionais a fim de atender às altas expectativas da maternidade (MEEUSSEN, 2018).

No domínio do trabalho, a pressão para ser uma mãe perfeita pode reforçar as desigualdades de gênero ao contribuir para a sub-represen-

tação das mulheres em cargos de poder, menores taxas de participação no trabalho e menores salários.

Os mecanismos por meio dos quais as desigualdades de gênero nos domínios do trabalho e da família podem ser fortalecidas por discursos intensivos sobre a maternidade. No domínio familiar, a pressão para ser uma mãe perfeita pode reforçar o maior investimento das mulheres em tarefas de cuidados infantis em comparação com os homens, uma vez que os comportamentos maternos de guarda aumentam o segundo turno das mulheres e restringem oportunidades dos homens de investir em tarefas domésticas (MEEUSSEN, 2018).

Segundo Meeussen (2018) duas hipóteses são:

1. Sentir pressão para ser uma mãe perfeita está positivamente relacionado ao estresse parental, foco de prevenção (mas não um foco de promoção) como uma mãe e comportamentos de guarda materna, que por sua vez, todos se relacionam com maior desgaste parental.
2. Sentir pressão para ser uma mãe perfeita está negativamente relacionado às ambições profissionais das mães por meio de sentimentos reduzidos de equilíbrio entre trabalho e família.

Ao estudar essas relações, controlamos as próprias crenças maternas das mulheres, pois pretendemos separar a influência da pressão social experimentada para ser uma mãe perfeita do perfeccionismo da própria mulher em ser mãe (MEEUSSEN, 2018).

Pesquisas anteriores mostraram que as próprias crenças maternas das mulheres estão relacionadas a menor satisfação com a vida e maior depressão e estresse (RIZZO, 2013; MEEUSSEN, 2018) e que o próprio perfeccionismo está relacionado ao estresse parental, esgotamento e trabalho conflito familiar (CURRAN, 2016; MEEUSSEN, 2018).

Falando sobre a importância da pressão social acima dos próprios padrões, a pressão para ser uma mãe perfeita tem consequências afetivas controlando os efeitos das próprias crenças maternas das mulheres (HENDERSON, 2016; MEEUSSEN, 2018), e pesquisas sobre perfeccionismo mostram que o perfeccionismo focado nas expectativas da sociedade tem consequências mais negativas para o bem-estar (por exemplo, aumento do estresse e esgotamento) do que o perfeccionismo focado nas próprias expectativas (FURUTANI, 2018; MEEUSSEN, 2018).

CONCLUSÃO

A literatura brasileira ainda é pobre quanto a estudos relacionados ao burnout parental e seus fatores associados. Descrever seus principais achados, tendo em vista que o burnout é algo muito comum, porém muitas das vezes tendo pouca consciencia popular, em uma situação parental é ainda mais difícil entendimento e envolve articulações para o manejo correto no atendimento devido à complexidade das situações apresentadas por essa condição clínica. Deste modo, considera-se que o presente estudo seja relevante por promover a elucidação do tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HUBERT, S. Parental Burnout: When Exhausted Mothers Open Up. 2018. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01021/full>. Acesso em: 27 out. 2020.

LINDSTRÖM, C. Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children. 2010. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1651-2227.2009.01586.x>. Acesso em: 28 out. 2020.

MEEUSSEN, L. Feeling Pressure to Be a Perfect Mother Relates to Parental Burnout and Career Ambitions. 2018. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02113/full>. Acesso em: 28 out. 2020.

MIKOLAJCZAK, M. Exhausted Parents: Sociodemographic, Child-Related, Parent-Related, Parenting and Family-Functioning Correlates of Parental Burnout. 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320271223_Exhausted_Parents_Sociodemographic_Child-Related_Parent-Related_Parenting_and_Family-Functioning_Correlates_of_Parental_Burnout. Acesso em: 27 out. 2020.

REAM, Dr. Ashurina. How to Deal with Burnout as a Mom. 2020. Disponível em: <https://mamaknownutrition.com/how-to-deal-with-burnout-as-a-mom/>. Acesso em: 27 out. 2020.

ROSKAM, I. A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). 2018. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00758/full>. Acesso em: 28 out. 2020.

ROSKAM, I. Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. 2017. Disponível em: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00163/fullsource=post_elevate_sequence_page-----. Acesso em: 28 out. 2020.

SORKKILA, M. Risk Factors for Parental Burnout among Finnish Parents: The Role of Socially Prescribed Perfectionism. 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-019-01607-1>. Acesso em: 28 out. 2020.

Capítulo 3

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NA FASE INFANTOJUVENIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

MAGNA DA SILVA DE CASTRO¹

SAMARA DANTAS DE MEDEIROS DINIZ²

NATALLIE CECÍLIA DOS SANTOS GALVÃO²

LUDMILLA RAFAELA MARINHO DA SILVA PONTIFÍCIA³

RAFAELA DE JESUS PORTUGAL⁴

FRANCISCO LUCAS LEANDRO DE SOUSA⁵

ZILDENILSON DA SILVA SOUSA⁶

SIRLENE APARECIDA DE OLIVEIRA⁷

WILLIAM FRANÇA DOS SANTOS⁸

KEVIN DA COSTA ANDRADE⁹

GUSTAVO DE OLIVEIRA¹⁰

HELOIZA TALITA ADRIANO DA SILVA¹¹

¹Discente – Enfermagem da Faculdade Maurício de Nassau.

²Discente – Enfermagem da Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte.

³Discente – Enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais.

⁴Discente – Enfermagem da Universidade Salvador UNIFACSS.

⁵Discente – Enfermagem da Faculdade Maurício de Nassau.

⁶Discente – Odontologia da Faculdade Maurício de Nassau.

⁷Discente – Enfermagem da Faculdade de Ensino Superior de Cacoal.

⁸Discente – Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco.

⁹Discente – Psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osorio.

¹⁰Discente – Enfermagem da Faculdade Uninta Itapipoca.

¹¹Docente – Departamento de Professores da Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Saúde Mental; Serviços de Emergência Psiquiátrica

INTRODUÇÃO

É indiscutível que a fase infantojuvenil é marcada por diversas mudanças, e devido a essa transição, o jovem precisa encarar desafios e suscitar adaptações. Esta fase torna-se vítima de intensas evoluções, sofrendo bruscas alterações físicas e emocionais, das quais se não tratadas precocemente, podem não apresentar um bom prognóstico. Neste contexto, faz-se comum que nesta fase sintam-se ansiosos, tristes e entrem em sofrimento psíquico, tornando-se vulneráveis a adquirir patologias psiquiátricas associadas à ansiedade e depressão, como exemplo (ROSSI *et al.*, 2019).

São demasiadamente perturbantes os episódios depressivos na fase infanto-juvenil, apresentando como o mais violento, o comportamento suicida. Para OMS, o autocídio é a 3ª causa de morte de jovens brasileiros entre 15 e 29 anos, sendo considerado um grave problema de saúde pública. O público jovem-adulto apresenta desafios e exigências dos quais precisam ser levados em consideração quando se explana o risco de suicídio (WHO, 2020). Consoante aos autores Buedo e Mena (2018), as consultas psiquiátricas em crianças e adolescentes tem aumentado nos últimos anos.

Sabe-se que os transtornos mentais causam malefícios na vida dos indivíduos em qualquer fase. Portanto, partindo das pautas explícitas, esta pesquisa objetiva identificar na literatura científica a incidência de emergências psiquiátricas em crianças e adolescentes. Além de ser intrinsecamente embasada na pergunta de pesquisa: Quais as principais causas das emergências psiquiátricas infanto-juvenis e quais as consequências causadas?

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo expandido, construído por meio de revisão integrativa

de literatura, entre setembro e outubro de 2021. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Para a busca foram utilizados os descritores indexados em Ciências da Saúde (DeCS): “Saúde da Criança”, “Saúde do Adolescente”, “Saúde Mental” e “Serviços de Emergência Psiquiátrica”, utilizando-se para o cruzamento o operador booleano “AND”. Desta busca, foram recuperados 87 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Resultou-se como estratégia de busca: “Saúde da Criança” AND “Saúde do Adolescente” AND “Saúde Mental” AND “Serviços de Emergência Psiquiátrica”.

A seleção foi executada levando em consideração o recorte temporal de 2016 a 2021 e mediante protocolo de busca elaborado para o levantamento e leitura minuciosa dos artigos. Foram adotados como critérios de inclusão: idioma em português, inglês e espanhol, estudos publicados nos últimos cinco anos, que respondessem ao objetivo do estudo e textos completos. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados nas bases, publicações fora do recorte temporal definido e que não se relacionaram ao objetivo proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

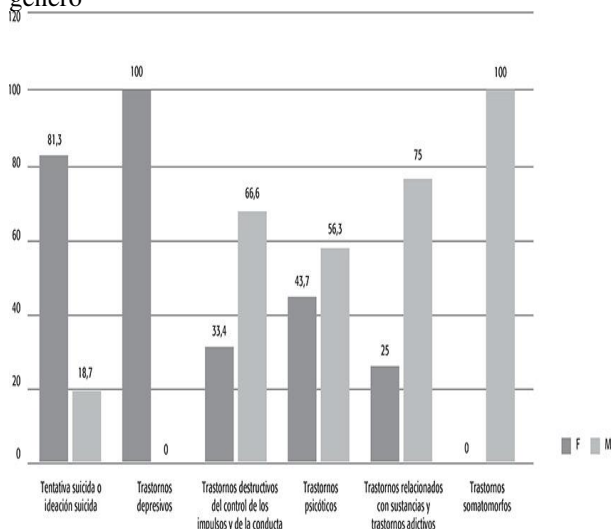
Posterior à submissão dos critérios de inclusão e exclusão, selecionou-se 87 artigos dos quais 04 permaneceram como amostra. Para análise, foram escolhidos artigos que respondessem ao objetivo da pesquisa, favorecendo o acesso às informações fidedignas acerca do tema em estudo (**Quadro 3.1**).

Quadro 3.1 Publicações elegíveis para análise

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS
Saúde mental do adolescente	WHO, 2019	Avaliar e descrever aspectos acerca da saúde do adolescente.
Internações psiquiátricas na população infanto-juvenil: um estudo epidemiológico na cidade de Bahía Blanca, Argentina	BUEDO; MENA, 2018	Descrever o número de crianças e adolescentes que utilizaram o dispositivo hospitalar de internação no setor privado da cidade de Bahía Blanca no período de 2014 a 2016.
Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive	ROSSI <i>et al.</i> , 2019	Identificar a percepção de adolescentes que vivenciaram a crise em saúde mental sobre tal experiência, bem como sobre a trajetória percorrida em busca de cuidados.
Transtornos mentais em adolescentes e adultos jovens atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Marapanim-Pará	OLIVEIRA, 2020	Analisar os transtornos mentais na população de adolescentes e adultos jovens atendidos na Unidade Básica de Saúde Bairro Novo em Marapanim-Pará-Brasil.

Após a análise, evidenciou-se que gradativamente, os casos de emergências psiquiátricas nas crianças e adolescentes aumentam exacerbadamente (ROSSI *et al.*, 2019). Os Serviços de Emergência Psiquiátrica notificam cotidianamente casos infanto-juvenis, com os mais variados tipos de transtornos como: Transtornos de ansiedade, depressivos, obsessivos compulsivos, transtornos psicóticos e tentativas de suicídio (**Gráfico 3.1**).

Gráfico 3.1 Motivos de admissão de acordo com o gênero



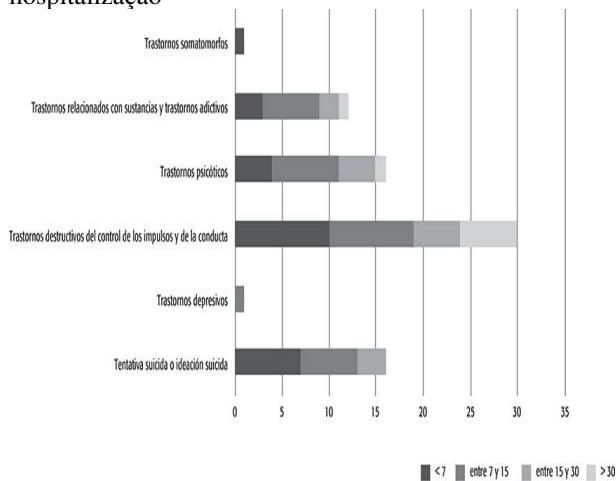
Fonte: BUEDO & MENA, 2018.

Consequente aos autores Buedo e Mena (2018), os motivos das crises psiquiátricas são

divergentes, no entanto, encontra-se com mais frequência quadros clínicos desenvolvidos a partir de desilusões amorosas, desemprego, separação dos pais, rupturas emocionais, conflitos familiares, sensação de não conseguir solucionar o problema, dentre outros fatores. Ressalta-se que alguns gêneros explanam maior vulnerabilidade a desenvolver tais transtornos, e de acordo com pesquisas, o gênero feminino está propenso a desenvolver alterações psíquicas relacionadas à ansiedade e depressão, bem como sofrimento psicológico (OLIVEIRA, 2020). Esta estatística pode ser explicada devido ao exposto sobre casos de violência doméstica, agressões emocionais, agressões físicas forçadas de cunho íntimo.

As emergências psiquiátricas em adolescentes manifestam-se de nível leve à grave, sendo de difícil aquisição ao tratamento. O **Gráfico 3.2** mostra com clareza o tempo médio de internação desses jovens nos Serviços de Emergências Psiquiátricas, ratificando os diferentes níveis de crise psicológicos na fase infanto-juvenil.

Gráfico 3.2 Motivos de admissão e dias de hospitalização



Fonte: BUEDO & MENA, 2018.

Quanto à incidência da participação dos profissionais de saúde na promoção à saúde mental, prevenção e tratamento de indivíduos em sofrimentos psíquicos, torna-se notório o déficit de preparação na maioria dos profissionais. Geralmente, encontram-se trabalhadores os quais relatam não saber como agir em casos de emergências psiquiátricas e como promover saúde psíquica aos pacientes acometidos por transtornos mentais e ideações suicidas. Igualmente, é nítido o despreparo de muitos profissionais em identificar pacientes com risco de suicídio e como abordar sobre a prevenção do mesmo. Logo, fazem-se necessárias estraté-

gias intervencionistas as quais capacitem os profissionais a lidar com pacientes e sofrimento psiquiátrico e o que fazer em casos de ideações suicidas, propiciando assim, bem-estar físico, mental e social.

CONCLUSÃO

Portanto, transfigura-se nítido de que as emergências psiquiátricas infanto-juvenis fazem-se presentes comumente nos serviços de saúde. Neste contexto, torna-se de suma importância a oferta de assistência psicológica gratuita aos jovens e ações de educação em saúde nas escolas, visto que é o local onde possui maior número da população em tese. Assim, promovendo bem-estar mental, promoção e prevenção, evitando o surgimento de fatores psíquicos negativos.

Outrossim, fazem-se indispensáveis capacitações aos profissionais de saúde, objetivando instruí-los a uma assistência de qualidade em quadros de emergências psiquiátrica infanto-juvenil, além de ofertar segurança. Ademais, torna-se imprescindível a elaboração de novos estudos científicos, visando identificar as novas causas e transtornos presentes na vida dos jovens contemporaneamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUEDO, P. & MENA, J. Hospitalizaciones psiquiátricas de población infanto-juvenil: un estudio epidemiológico de la ciudad de Bahía Blanca, Argentina. *Vertex* (Buenos Aires, Argentina), v. 29, n. 138, p. 91, 2018.

OLIVEIRA, G. F. Transtornos mentais em adolescentes e adultos jovens atendidos em uma unidade básica de saúde em Marapanim-Pará. 38f. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal do Pará, Belém, PA, 2020.

ROSSI, L. M. *et al.* Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00125018, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Adolescent mental health. World Health Organization, 2020.

Capítulo 4

A INCIDÊNCIA DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ASSOCIADA AOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

MAIRA DE LIMA OLIVEIRA MOTA¹

VITOR SOUZA MAGALHÃES¹

NATHALY GABRYELLE DE ALMEIDA BATISTA¹

MARCELA CURVELLO BELTRÃO¹

MAÍSA MENDONÇA DE JESUS¹

LETICIA DIAS DANTAS LUZ¹

LARISSA DANTAS LUZ¹

VANESSA CAVALCANTE MENDES¹

KALINA COSTA JATOBÁ¹

¹*Discente - Medicina do Centro Universitário Tiradentes.*

Palavras-chave: *Psiquiatria; Transtorno de ansiedade generalizada; Transtornos psiquiátricos.*

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é uma doença psiquiátrica, na qual sua principal manifestação é a preocupação excessiva. Ela é comum e incapacitante, frequentemente subdiagnosticada e subtratada, que leva a um risco de suicídio aumentado, tendo prevalido em pessoas a partir da segunda década de vida e com maior incidência no sexo feminino (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

O diagnóstico do TAG ocorre conforme o protocolo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o qual esclarece os critérios diagnósticos básicos, bem como os sintomas e sua durabilidade. É descrito que, devem ocorrer em ao menos seis meses e ser acompanhada de no mínimo três sintomas, como irritabilidade, perturbação do sono, dificuldade de concentração, entre outros (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Segundo estudos, o paciente que apresenta TAG tem um risco 33 vezes superior em apresentar transtorno depressivo maior e 20 vezes maior de apresentar transtorno do pânico, em comparação à população sem a doença. Além disso, em 68% dos casos, o TAG antecede os transtornos psiquiátricos depressivos (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Este estudo objetiva descrever e relacionar a incidência e o diagnóstico de TAG na população em geral, bem como avaliar os riscos de depressão e suicídio associados.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de setembro a novembro de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: LILACS, MEDLINE e SCIELO. Foram utilizados os descritores: “*psiquiatria*” e “*transtorno de ansiedade generalizada*”. Desta busca

foram encontrados 18 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de 2007 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 5 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: descrever e correlacionar a ansiedade generalizada com os fatores predisponentes aos transtornos psiquiátricos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relação entre a TAG e os transtornos psiquiátricos

Os transtornos psiquiátricos e, principalmente, os ansiosos, são estabelecidos como condições emocionais persistentes e/ou repetitivas, nas quais a ansiedade deixa de ser fisiológica e torna-se patológica (MERCANTE, 2008). Um sinal importante a ser observado é quando essa aflição começa a atrapalhar as atividades cotidianas e faz-se algo doentio.

Existe uma grande associação entre TAG e outras comorbidades psiquiátricas conforme estudo conduzido por (VASCONCELOS *et al.*, 2015). Dentre eles se destacam a associação aos transtornos de humor, particularmente episódios de depressão maior. Os pacientes com transtorno de ansiedade apresentam um risco superior, se comparado a população saudável, de apresentar transtorno depressivo maior e

transtorno de pânico. De maneira que, a presença de tais comorbidades complica o curso da doença, tornando a recuperação mais complicada.

O estresse e os fatores que determinam a ocorrência dos distúrbios de humor e ansiedade são correspondentes e por vezes confundidos no diagnóstico. De acordo com (ANDRADE-NASCIMENTO *et al.*, 2012) há uma relação da TAG como um fator de vulnerabilidade para outros transtornos psiquiátricos, incluindo o Transtorno de Bipolaridade (TB). A alta prevalência de comorbidade entre esse transtorno pode ser em parte atribuída a uma base neurobiológica comum e a semelhança entre a classificação dos sintomas psiquiátricos de transtorno mental.

A associação das comorbidades pode afetar o funcionamento social e a qualidade de vida das pessoas com os sintomas da doença, uma vez que o prejuízo social de indivíduos acometidos por transtornos de humor e ansiedade é maior do que nos que apresentam apenas este transtorno ansioso (VASCONCELOS *et al.*, 2014).

Associação entre a TAG e o risco de suicídio

Segundo estudos relatados por (VASCONCELOS *et al.*, 2015), demonstraram que os indivíduos com transtornos de ansiedade, incluindo o TAG, apresentam maiores riscos de suicídio, incluindo aumento das tentativas de execução, em relação aos que não possuem transtornos de ansiedade. Essa possível ligação entre a TAG e a suicidalidade, é descrita como uma necessidade do indivíduo em extinguir alguma emoção indesejada, como medo, tristeza, raiva e até mesmo a ansiedade. Observou-se ainda que, o risco de suicídio é seis vezes maior com a associação de um quadro depressivo, quando

se comparado aos que não apresentam depressão e cerca de quatro vezes maior, na presença de TAG.

Foi constatado ainda que enquanto a depressão pode acarretar o maior risco de suicídio de grau moderado a grave, o TAG está associado a risco leve. Isso é explicado, nos presentes estudos, devido a correlação entre o TAG e a depressão, no qual demonstra o risco de suicídio relativamente menor do que a ocorrência isoladamente da depressão. (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Desse modo, é destacado, o prejuízo na qual a falta de fatores protetores para o suicídio exista, que de modo geral aumentam a chance de solidão, como a falta de interação social. Sendo evidenciado o baixo suporte social e prejuízo funcional, que provocam o transtorno de ansiedade e alta comorbidade com transtorno depressivo, aumentando a ideia de risco demasiado de suicídio entre os pacientes com TAG. (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Fatores de risco para TAG:

O desenvolvimento da TAG é de origem multifatorial, sendo assim os fatores de riscos são bem variados, consistindo tanto em um estado de estresse constante quanto à predisposição genética e fatores ambientais. Diante disso, por análises epidemiológicas, é visto que a maior incidência de TAG é em mulheres, casadas e com idade média de 44 anos, além do que pode estar relacionado ao alto pico de estresse acometido por essa parte da população, como também por fatores tanto sociais, quanto hormonais (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

O fator ambiental mais comum é o uso de substâncias químicas, entre elas o uso do tabaco, que tem uma maior prevalência em pacientes psiquiátricos na qual observou-se que, nas duas últimas décadas, há diversas relações entre

tabagismo e ansiedade. Segundo estudo realizado (MUNARETTI & TERRA, 2007), pacientes portadores de TAG estão no grupo que mais abrange tabagistas. Desta forma, sabe-se que fumar interfere no humor e a abstinência piora o estado de ansiedade, além de ocorrer prejuízos à cognição. Diante da alta frequência entre os pacientes com TAG, o cigarro deve ser foco de atenção no tratamento desses pacientes.

O TAG também está relacionado com transtornos não psiquiátricos como doenças cardiovasculares e renais. No qual, quando associado a estas comorbidades, torna o prognóstico mais reservado em ambas as situações (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

É sabido ainda que, pacientes com diagnóstico de ansiedade apresentam maior frequência de ocorrência de cefaleias primárias, sendo que essa associação agrava ainda mais a condição de ambos (MERCANTE, 2008). A ansiedade também foi observada frequentemente entre os pacientes com convulsões psicogênicas não-epilépticas (PNES), uma vez que PNES poderia ser uma válvula de escape somática para sentimentos intensos incontroláveis, como ansiedade, tristeza e raiva (JUNIOR & GOMES, 2015).

Além disso, vale evidenciar que o Transtorno de Ansiedade Generalizada é fator de risco para diversas doenças, visto que, ele as antecede na maioria dos casos. A probabilidade de um indivíduo que já possui TAG desenvolver depressão é consideravelmente maior do que sem a preexistência desse transtorno. O mesmo vale em relação a gravidade, quanto mais grave for esse transtorno ansioso, maior a probabilidade de desenvolver quadro depressivo (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Diagnóstico e tratamento da TAG

O Transtorno de ansiedade generalizada é uma circunstância persistente de aflição e inquietação exacerbadas, as quais são caracterizadas

por sensações de medo, temor e preocupação. Além disso, pode apresentar também alguns sintomas e sinais físicos, como tremores, sudorese, tensão muscular, entre outros (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Como já dito anteriormente, a TAG apresenta sintomas não somente mentais, mas também físicos. Visto isso, é importante destacar que deve ser excluído as causas geradas por doenças físicas, medicamentos ou drogas, sendo isso realizado através da anamnese e exame físico detalhados, além de exames laboratoriais e complementares.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o qual esclarece os critérios diagnósticos, assim como os sintomas e sua persistência. É referido que devem persistir por pelo menos seis meses e ser acompanhada de no mínimo três sintomas, como irritabilidade, perturbação do sono, dificuldade de concentração e entre outros (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Os pacientes com transtorno de ansiedade generalizada devem receber um tratamento farmacológico adequado, além de todo o trabalho multidisciplinar incluindo a psicoterapia. Dentre os fármacos disponíveis, os mais utilizados são os ansiolíticos e antidepressivos da classe dos inibidores de recaptação de serotonina (IRS). É importante ressaltar que, a farmacoterapia não deve ser feita de forma isolada, mas como um adjuvante à psicologia (JUNIOR & GOMES, 2015).

CONCLUSÃO

Conforme (MUNARETTI & TERRA, 2007) os transtornos de ansiedade apresentam uma elevada e crescente frequência nos pacientes ambulatoriais, de forma que, a fobia específica e o transtorno de ansiedade generalizada prevalecem entre os pacientes.

Os transtornos psiquiátricos são também fatores de risco para o suicídio, o que faz relevante a investigação do risco de suicídio nessa população, para que sejam adotadas medidas de prevenção. As doenças não psiquiátricas que carregam um estresse emocional contribuem para o aumento da TAG em pacientes que apresentam uma predisposição genética para este transtorno (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Dessa maneira, são necessários novos estudos com uma maior amostra, para melhor com-

preender a incidência dos transtornos de ansiedade nos ambulatorios e sua correlação com outras patologias, em virtude de os presentes estudos apresentarem limitações. Ainda assim, devido, a relevância prática da coexistência de mais de um transtorno psiquiátrico em um mesmo indivíduo, poderá influenciar no processo diagnóstico, bem como na resposta do tratamento, o curso e o prognóstico da doença, onde requer uma melhor elucidação científica. (ANDRADE-NASCIMENTO *et al.*, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE NASCIMENTO, M. *et al.* Transtorno bipolar em comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada: um diagnóstico possível? *Revista de Psiquiatria Clínica*. Salvador, BA, v. 39, p. 149, 2012.

JUNIOR, E. A. S. & GOMES, C.A.B. Psychiatric comorbidities among adolescents with and without anxiety disorders: a community study. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. João Pessoa, PB, v. 64, p. 181, 2015.

MERCANTE, J.P.P. Comorbidade entre cefaleias primárias e transtorno de ansiedade generalizada [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2008.

MUNARETTI, C. L.; TERRA, M.B. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Porto Alegre, RS, v. 56, p. 108, 2007.

VASCONCELOS, J.R.O; LÔBO, A.P.S; MELO NETO, V.L. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Maceió, AL, v. 64, p. 259, 2015.

Capítulo 5

IDEAÇÃO SUICIDA ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA: MÚLTIPLAS VERTENTES INTRÍNSECAS A ESSA QUESTÃO

ANA LUIZA CARVALHO SILVA¹
INGRIDH CAMPELO COURI¹
MARIANNE DE SOUZA SANTOS¹
ALINE MOREIRA GONÇALVES²

¹Discente – Acadêmica em Medicina da Faculdade Atenas de Sete Lagoas.

²Docente – Doutoranda em Psicologia\UFSJ. Docente na Faculdade Atenas de Sete Lagoas.

Palavras-chave: Ideação suicida, Estudantes de medicina, Saúde Mental

INTRODUÇÃO

Ideação suicida ou pensamento suicida é o ato de cogitar a morte como único método terapêutico da dor, compreendendo pensamentos e planos para a sua prática, advindos, comumente, da confusão de sentimentos causada por múltiplos fatores (FERNANDES, 2018). A partir dessa definição e, diante do aumento da taxa de tentativas de suicídio nos cursos de graduação em medicina, o presente artigo, portanto, tem por objetivo analisar as razões que conduzem, no Brasil, os estudantes de medicina a cometerem suicídio. Com isso, procurou-se esmiuçar a origem, o desenvolvimento e as possíveis soluções para a mitigação do problema, por meio da construção de uma revisão integrativa de literatura.

Estima-se que, anualmente, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio, sendo que 79% dos suicídios no mundo ocorrem em países de baixa e média renda (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2018). No Brasil, foram notificados no Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), no período de 2011 a 2016, 48.204 casos de tentativa de suicídio, sendo 33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens. A incidência de suicídios entre estudantes de medicina é 4 a 5 vezes maior que a média da população na mesma faixa etária (TEMPSKI-FIEDLER, 2008). Portanto, anuncia-se um cenário alarmante, que permite afirmar categoricamente: o suicídio pode e deve ser prevenido.

Ademais, verifica-se que no Brasil, tem sido cada vez mais habitual observar a ocorrência de suicídios no meio acadêmico, principalmente entre estudantes de medicina. Segundo a Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000), o suicídio é, atualmente, a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, sendo que

no meio acadêmico, o curso de medicina é o que contém o maior número de suicídios consumados e de estudantes com ideações suicidas, comparando-se aos demais cursos (OMS, 2000).

Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, sendo que 79% desses suicídios ocorrem em países de baixa e média renda e têm efeitos duradouros sobre as famílias, comunidades e países inteiros (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2018). No Brasil, entre os anos de 2007 e 2016, foram registrados no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) 106.374 óbitos por suicídio. Em 2016, a taxa chegou a 5,8 por 100 mil habitantes, com a notificação de 11.433 mortes. O Ministério da Saúde, em 2018, realizou um levantamento sobre os meios utilizados de autoextermínio notificados no Brasil e concluiu que a intoxicação foi a segunda causa de óbitos, com 18%, enquanto o enforcamento alcançava o primeiro lugar, com 60% das causas. É importante ressaltar que o coeficiente nacional de mortalidade por suicídio não é homogêneo, existindo, pois, variações regionais. Estudos epidemiológicos realizados nas últimas décadas no Brasil confirmam taxas mais elevadas de suicídio em homens idosos, em indígenas e em cidades de pequeno e médio porte populacional (MINAYO *et al.* 2012). Ademais, o Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo dados da OMS.

Em estudos realizados no período de 1965 a 1985, Millan (MILLAN & ARRUDA, 2008) relatou oito casos de suicídio entre estudantes de medicina, matriculados na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), sendo três desses os melhores alunos de sua classe, pela média de notas. Apenas um estava com notas abaixo da média, e o restante era considerado como médio ou bom aluno. A idade média foi de 23,1 anos, com prevalência do

sexo masculino (seis homens e duas mulheres). Foi observado que 2/3 dos indivíduos que se suicidam comunicam suas intenções previamente. Atualmente, dados mais recentes, em relação aos estudantes de medicina, revelam que o índice de autoextermínio é de 4 a 5 vezes maior que a média da população na mesma faixa etária (TEMPSKI-FIEDLER, 2008). Além disso, um estudo realizado no ano de em 2009 nos Estados Unidos, com 2 mil estudantes de Medicina e residentes indicou que quase 6% dessa amostra relataram ideação suicida. Essa pesquisa revelou também que as maiores taxas de ideação suicida foram encontradas nos estudantes que apresentaram depressão maior (GOEBERT *et al.* 2009).

Estima-se que 60% dos indivíduos que cometeram suicídio apresentaram previamente ideias. É válido ressaltar que no ano de 2010 foi realizada uma pesquisa com estudantes de medicina, na Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte (UFRN), a fim de investigar a ideação suicida entre os universitários. A amostra foi composta por 256 alunos matriculados entre o primeiro e décimo período do curso. Os resultados mostraram que 22,7% afirmaram já ter sentido vontade de morrer, 33% por meio de morte natural e 24,56%, se matando. Notou-se que 18,9% têm ideação suicida e que três estudantes tentaram suicídio (DUTRA, 2015).

Chama-se a atenção, também, para uma pesquisa feita na Noruega (TYSSEN *et al.* 2001). Tal estudo prospectivo com 5.522 estudantes de medicina revelou que 14% da amostra já havia apresentado pensamentos suicidas. Verifica-se que 8% destes apresentaram planejamento para o suicídio e 1,4% tentaram o autoextermínio. Por conseguinte, percebe-se que se trata de um problema de saúde pública, que pode ser evitado em tempo oportuno e com inter-

venções de baixo custo. Inclusive, com intervenções durante o curso de graduação em medicina.

Sob esse prisma, diante de tais estatísticas, é primordial destacar que a pressão social para que os estudantes de medicina e médicos tenham, respectivamente, um bom desempenho durante o curso e após a formação, é um dos grandes fatores que os levam a ideias suicidas. Em termos profissionais, culturalmente, a medicina é considerada uma profissão de múltiplas cobranças/responsabilidades devido a sua própria natureza (BAMPI *et al.* 2013). Essa grande cobrança social em relação aos profissionais da medicina não é restrita à contemporaneidade, haja vista que registros arqueológicos comprovam que essa provém da antiguidade, o que se pode observar em relatos escritos a partir da implementação do código de Hamurabi. Trata-se do primeiro conjunto de leis escritas de que se tem conhecimento, datado do século XVIII a.C. Além de penas para diversos comportamentos existentes na sociedade, o código descreve também sanções que seriam impostas a médicos durante um tratamento que não fosse bem-sucedido - tais como os que causassem morte ou deficiência funcional ao paciente. A punição variava de acordo com a importância social do cidadão e da amplitude do dano causado, podendo o médico sofrer castigos físicos e pagar indenizações ao paciente ou à sua família (BOTELHO, 2013). Nesse contexto, pode-se perceber como a cobrança social e emocional do profissional de medicina já existia. Cobrança esta, advinda de tempos remotos, e que reflete na mentalidade médica e social que até hoje, parece ser vista como uma cobrança necessária para que não haja erros na profissão.

Já na Grécia Antiga, Hipócrates (460 a. C. - 370 a. C) foi um importante estudioso da medicina, e deixou várias descrições clínicas e anatómicas que, por sua vez, são usadas até hoje. É

considerado “o pai da medicina” devido a seus ensinamentos. Hipócrates é um dos precursores a direcionar o estudo e os conhecimentos em saúde no caminho científico (FRAZÃO, 2019). A ética hipocrática se baseava no princípio da beneficência vertical ou impositiva, o chamado paternalismo médico. Para Hipócrates de Cós (460 - 377 a.C), é dever do médico prescrever e administrar o tratamento que representa o melhor benefício possível ao paciente, sem preocupar-se com questionamentos ou objeções deste. O médico possuía autonomia para decidir quais intervenções realizar, pois detinha conhecimento técnico e legitimidade social. Portanto, o paternalismo médico seria aquele que beneficiaria os pacientes ou evitaria danos, com posição de autoridade sobre o médico em relação ao paciente. Este defendia uma concepção de que o cuidado e o tratamento do corpo do paciente somente poderiam ser realizados pelo médico, porque ele detinha conhecimentos científicos para tal (BEIER, 2010). Isso garantiu ao profissional da medicina um status de conhecedor das verdades sobre a saúde, mas também pode produzir uma ideia de onipotência e onisciência, o que poderia gerar ansiedade pelo temor em falhar.

Como descrito anteriormente, pode-se perceber que a cobrança por parte da sociedade em relação à prática médica é antiga. Atualmente, o comportamento dos estudantes de medicina em relação à cobrança de uma postura social, é similar aos daquela época, de modo que muitas vezes podem negar o estresse de natureza pessoal e o desconforto psicológico. Desse modo, esses acadêmicos acobertam inclinações suicidas e enfrentam, concomitantemente, a negligência da família e de seus colegas, ambos os quais, às vezes, julgam que, por se tratar de um estudante de medicina, ele precisaria saber se cuidar em todos os aspectos que o rodeiam.

Qualquer pessoa que vivencia situações estressantes ou mesmo exigentes está propensa a sofrer as pressões impostas diante de uma falha ou de um erro. No caso específico do estudante de medicina, o aluno passa a sentir culpa pelo que não sabe, e é paralisado pelo medo de errar. Essas situações caracterizam-se por sentimento de impotência e de desvalia que, muitas vezes, são responsáveis por ideais suicidas. Estes se referem aos pensamentos de autodestruição e ideias suicidas, englobando desejos, atitudes e planos que o indivíduo tem para dar fim à própria vida (MINAYO *et al.*, 2012).

Diante desse cenário, torna-se imprescindível realizar trabalhos atuais que abordem esse tema, com o intuito de produzir informações a respeito dele e de reduzir tais índices. Logo, o principal objetivo deste trabalho é compreender as origens, os motivos e os acontecimentos que influenciam um indivíduo, acadêmico de medicina, a ter ideias suicidas. Além disso, o artigo busca a conscientização desses estudantes, para procurarem ajuda profissional quando preciso, além da contribuição de familiares e de colegas, a fim de coibir os índices de suicídio no meio acadêmico. Desta forma, este estudo objetiva, de modo geral, compreender os aspectos biopsicossociais e históricos relacionados à ideia suicida no contexto vivenciado pelos estudantes de medicina na atualidade. De modo específico, busca-se analisar o cenário em que os estudantes de medicina estão inseridos, além de correlacionar os fatores preponderantes para os estudantes de medicina na ideia suicida (quais sejam, o suicídio como questão multifatorial, a rotina extensa de estudos, a concorrência com o isolamento e os estágios/internatos). Ao longo do texto, busca-se ainda, descrever estratégias já existentes de prevenção às ideias suicidas no que tange os estudantes de medicina.

MÉTODO

O presente estudo acerca do suicídio entre os estudantes de medicina tem como finalidade proporcionar um maior esclarecimento sobre o tema e visa a uma reflexão quanto à necessidade de se debater, de modo crítico, tal assunto. A referente pesquisa tem como escopo a revisão bibliográfica, com a construção de uma revisão integrativa de literatura, tendo sido utilizados os seguintes recursos: websites, artigos provenientes das bases de dados Scielo e Pubmed, assim como revistas de veiculação em meio virtual. Ademais, foi utilizada, uma dissertação de mestrado e um texto proveniente de um programa de pós-graduação, bem como utilizou-se embasamento teórico por meio do livro “Dor: Princípios e prática”, do autor Neto (2009). No levantamento bibliográfico, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Ideação suicida, estudantes de medicina, saúde mental. As buscas foram iniciadas no início do ano de 2020 e a última referência utilizada foi do mês de maio do ano de 2021.

De acordo com o objetivo geral, analisamos websites e bases de dados. Foram analisados 25 websites, 29 artigos, 8 livros e 5 teses de mestrado e doutorado. Destes, foram usados 13 sites, 13 artigos, 4 livros e duas dissertações de mestrado e uma tese de doutorado. Como critérios de inclusão foram utilizadas referências nacionais e internacionais, em dois idiomas, sendo inglês e português, publicadas no período de 1973 a 2019. Para os critérios de exclusão, não foram utilizadas referências que não trabalhassem a temática da ideação suicida entre estudantes de medicina e não foram usados artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Esse artigo não foi financiado por nenhuma instituição, tendo sido custeado pelos próprios autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cenário: o desenvolvimento social de um conceito

No Brasil, o suicídio é um agravo de notificação compulsória, de acordo com a Portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016. É a quarta principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos, sendo responsável, em média, por 11 mil óbitos por ano, de acordo com o Sistema de Informação Sobre Mortalidade (2017). É um problema imemorial, multifário, complexo e desafiador. Devido ao sofrimento individual, familiar e coletivo, aliado às perdas pessoais, materiais e econômicas que causa, ele se tornou um grave problema de saúde pública. No Brasil, apesar de anteriormente, ser um fato social relativamente raro, está em franca ascensão, principalmente entre os segmentos jovens da população (BERTOLOTTI, 2017). Dentre esses, os estudantes de medicina fazem parte da população de risco, uma vez que a média de autoextermínio é maior que a da população em geral.

Diante disso, é válido analisar o cenário em que os estudantes de medicina estão inseridos na sociedade. Os médicos e os acadêmicos de medicina sempre foram vistos com muita admiração e notoriedade social, estes fatores podem ter feito, inclusive, com que muitas pessoas se interessassem pela área médica ao longo da história das sociedades. A título de exemplo histórico, na Antiguidade, na Babilônia, os primeiros profissionais médicos eram considerados sacerdotes (NETO *et. al.* 2009).

No Brasil, embora a medicina já tenha sido historicamente exercida pelos índios, feiticeiros e curandeiros durante o período colonial, a partir da chegada dos portugueses, ela passou a ser

exercida também pelos padres jesuítas e, institucionalmente, pelas Santas Casas de Misericórdia, na figura das irmãs de caridade e demais leigos. Em alguns casos esporádicos, a atividade era feita pelo atendimento de médicos estrangeiros. Foi somente após a chegada da família real no Brasil, em 1808, que as duas primeiras faculdades de medicina brasileiras foram criadas (GONÇALVES, 2014).

Todavia, o prestígio médico, como o reconhecimento social, a possibilidade de ajudar o próximo e o grande retorno emocional e financeiro advêm de tempos remotos. Desde então, foi das profissões que mais idealizações provocou: qualidades de altruísmo, mentalidade de pesquisador e poder sobre a vida e a morte passaram a ser comumente associados a este papel. Jeammet *et. al.*(2000) descrevem que a concepção atual do médico e aspectos privilegiados da Medicina permitiriam compreender a ambivalência do leigo em relação ao médico. Conforme afirma Jeammet *et. al.*(2000) o médico é o “Personagem que possui o saber, a faculdade de curar, é uma autoridade esclarecida e terna. É tranquilizador... é também inquietante (porque o encarregamos dos segredos... e lhe damos uma potência total de caráter mágico).

Tais prestígios sempre foram acompanhados pela pressão, pois o comportamento dos médicos, com sua devida punição, já estava contemplado nos códigos da Antiguidade, como citado anteriormente, inclusive no de Hamurabi (NEVES, 2007). Tal código, por exemplo, estabeleceu os limites dos direitos e dos deveres dos médicos, o pagamento pelos bons serviços e as severas punições pela má prática, associando a boa medicina ao bom resultado (BOTELHO, 2013), isso mostra que a sobrecarga e a exigência da profissão têm embasamento histórico.

Observou-se que, entre os anos de 1808 e 2018, a relevante expansão do ensino médico no Brasil ocorreu, principalmente, desde os governos militares-Sarney, intensificou-se nos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1 de janeiro de 1995 a 31 de dezembro de 2002) e de Luís Inácio Lula da Silva (1 de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2010), mas atingiu o pico dessa expansão no ano de 2014, com a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), durante o governo Dilma-Temer. Somente entre os anos de 2011 e 2018 foram inauguradas mais escolas de ensino médico (n=119) do que as que foram criadas em 194 anos de história do país (1808 a 2002) (n=114) (OLIVEIRA *et al.* 2019).

A educação médica brasileira molda-se conforme o tempo e as necessidades socialmente elaboradas, culminando, atualmente, com o desejo de um profissional ético, reflexivo e humanista. A inserção do médico em Programas de Saúde da Família vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, de forma crescente, a equipes multidisciplinares exige que os profissionais estejam vinculados à realidade social que os cerca, corroborando o anseio por um profissional diferenciado (MACHADO, WUO & HEINZLE, 2018).

Fatores preponderantes à ideação suicida para o estudante de medicina

A avaliação do risco de suicídio é uma prática fundamental para a prevenção e o manejo da crise suicida, mas também um grande desafio por precisar contemplar a complexa interação entre os múltiplos elementos que participam do processo (RODRIGUES, 2009). Diante da necessidade de compreender a ideação suicida e a avaliação do risco de suicídio, é válida a abordagem minuciosa de alguns fatores que se relacionam a essas práticas. De acordo com a OPAS-Brasil (Organização Pan-Americana

de saúde), há uma relação entre distúrbios suicidas e mentais; em particular, entre a depressão e o abuso de álcool. Contudo, é importante considerar que vários suicídios ocorrem de forma impulsiva quando vivenciados momentos de crise (problemas financeiros, término de relacionamento ou dores crônicas e doenças). Soma-se a isso o enfrentamento de conflitos, desastres naturais e/ou provocados, violência, abusos ou perdas e um senso de isolamento estão fortemente associados ao comportamento suicida. É importante ressaltar que as taxas de suicídio também são altas em grupos vulneráveis que sofrem discriminação (como refugiados e migrantes; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI) e pessoas privadas de liberdade. Contudo, a OPAS resalta que, de longe, o fator de risco mais relevante para o suicídio é a existência de uma tentativa anterior (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Questão multifatorial

É fato que o suicídio é uma condição multifatorial. Situações vivenciadas no âmbito da faculdade, da família, das redes sociais, por exemplo, podem levar o indivíduo ao sofrimento psicológico e à ideação suicida. Reconhecer a influência dessa multiplicidade de fatores é essencial para nortear o modo como será feita a rede de apoio àqueles que necessitam. Aspectos mais subjetivos, como desesperança, impulsividade, agressividade, percepções do próprio corpo, dificuldades de comunicação e falta de pertencimento social têm sido apontados como possíveis fatores que desencadeiam o processo de ideação suicida. Outros aspectos, como: variáveis demográficas e socioeconômicas, orientação sexual, prática religiosa, comportamento suicida na família e entre amigos,

consumo de álcool e sintomas depressivos também têm ganhado relevância na literatura (SANTOS *et al.* 2017).

Rotina extensa de estudos

Nesse contexto, muitas são as discussões sobre os fatores que levam à ideação suicida e ao suicídio. A autocobrança, a competitividade, a ambição e o individualismo são fatores muito recorrentes na rotina extensa de estudos, com isso, o estudante é facilmente frustrado em suas necessidades de aprovação e de reconhecimento. No primeiro semestre do curso, o estudante passa por diversas modificações da sua rotina diária, após a adaptação inicial, a carga de trabalho tende a aumentar com pico no internato/residência na qual se incluem plantões com carga muitas vezes superior a 60 horas semanais de trabalho prático. Outros fatores, como competitividade, pressão constante, presença de exame de seleção ao final do curso para residência, além de características próprias do curso como o contato com a finitude da vida (morte) e com limites sociais, dentre outros, podem levar o estudante ao aumento da ansiedade e a dificuldade de gerenciamento dela, aumentando a vulnerabilidade emocional.

Concorrência – Isolamento

Observa-se o desenvolvimento de uma crescente individualidade ao longo da formação médica. Tal fato faz com que o isolamento se torne presente, e a falta de socialização faz com que muitos acadêmicos desenvolvam solidão e sintomas relacionados à depressão. Ademais, a negligência dos familiares e a de colegas de classe é um fator preponderante, porque o fato de o indivíduo fazer um curso na área da saúde faz com que muitos acreditem que o estudante tem total controle de seus problemas psicológicos, principalmente no que se refere à ansiedade. De forma geral, o fenômeno do suicídio é

um problema de saúde pública e de grande relevância nesse contexto. Segundo o Conselho Federal de Psicologia, embora os aspectos que contribuam para o suicídio variem entre grupos e populações específicos, os principais grupos de risco são os jovens, os idosos e os grupos socialmente isolados. Ou seja, sugere-se que o isolamento social pode interferir na ideia, no planejamento e na execução do suicídio (SANTA & CANTILINO, 2016).

Além disso, a grande concorrência, mesmo antes de ingressar no curso, constitui um fator que aumenta os níveis de estresse do estudante. Desde o período do vestibular, a concorrência absurda e a “pressa” de passar na faculdade já servem de gatilho para o desenvolvimento de doenças, como ansiedade, síndrome do pânico e depressão (KRAYCHETE, 2019). Essas doenças têm grande relação com a prática de suicídio. Na maioria das vezes, o suicídio é decorrente de doenças mentais que não são tratadas ou de sintomas psicossomáticos muitas vezes, negligenciados. Muitas pessoas não cuidam dos transtornos psicológicos porque não sabem ou se recusam a assumir que precisam de tratamento, mas acredita-se que 90% dos casos de suicídio poderiam ser evitados com ajuda psicológica (MARINI & ROSSI, 2018).

Estágios/Internato

No decorrer do curso, principalmente no internato, situações complicadas da profissão também podem ser vivenciadas. Durante esse período, a carga horária exacerba dentro dos hospitais, o contato aumentado com os pacientes, os problemas de saúde e a proximidade com as provas de residência fazem com que as horas de estudos aumentem e a ansiedade cresça. Desse modo, o estudante torna-se mais vulnerável e propenso a maiores e mais eventos de estresse mental (QUERIDO *et al.* 2016). Sendo assim, o estudante pode enxergar o suicídio

como a única forma de fugir de seus impasses cotidianos, e a falta de controle emocional pode fazer com que comportamentos impulsivos e imaturos passem a ser considerados (MELEIRO, 1998).

Descrevendo estratégias/tratativas

Diante de todo esse cenário, muitas são as iniciativas para prevenir as ideações suicidas e o suicídio consumado. Um exemplo bem-sucedido para amparar os estudantes de medicina foi o Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GRAPAL), o qual está em atividade desde o ano de 1986. O GRAPAL não foi o pioneiro a oferecer assistência psicológica a alunos de medicina no Brasil, mas sim, o serviço do professor Gaudino Loreto, em Recife, no ano de 1957 (MILLAN & ARRUDA, 2008). A iniciativa do professor da UFPE, Galdino Loreto, também foi de grande relevância. Um dos grandes mestres da psiquiatria pernambucana, o professor Galdino Loreto, teve a iniciativa, numa época de sua vida profissional, de criar um serviço para dar apoio à saúde mental dos estudantes de medicina (SILVA, 2006).

Sabe-se que tentativas e atos suicidas são gritos de ajuda (“cry for help”, de Stengel 1978). Dessa forma, estratégias de prevenção se fazem necessárias. Algumas instituições contam com programas de acompanhamento psicológico, como o Núcleo de Apoio Pedagógico e Psicológico (NAPP), que tem como objetivo atender às necessidades dos alunos que procuram esse tipo de acompanhamento, possibilitando, através da escuta com empatia, a oportunidade de crescimento no âmbito psicoemocional e a autoavaliação do próprio aluno. É de suma importância, uma vez que se sentem seguros para falar sobre seus sentimentos e aprendem a lidar com suas emoções. Vale ressaltar que as faculdades não podem atuar sozinhas. A

sociedade como um todo, incluindo as famílias, possui um papel fundamental quando o assunto é a saúde mental dos estudantes. Para isso, as instituições podem adotar campanhas, propor discussões sobre o assunto e oferecer informações que ajudem os alunos no reconhecimento das suas emoções (SILVA, 2019).

Uma alternativa eficaz para tal situação é a implementação de programas de pós-venção, para situações de suicídio na instituição ou de tentativas sérias. Considera-se a pós-venção como qualquer ato apropriado e de ajuda que aconteça após o suicídio, com o objetivo de auxiliar os sobreviventes a viver mais, com mais produtividade e menos estresse que eles viveriam se não houvesse esse auxílio (SHNEIDMAN, 1973), o que pode prevenir o aparecimento de reações adversas e complicações do luto e promover resistência por parte dos alunos.

Ademais, outra iniciativa importante foi a do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, o qual lançou uma cartilha sobre Saúde Mental voltada para médicos jovens e estudantes de medicina. A ideia é que tal ação auxilie a identificar, acompanhar e dar suporte a transtornos mentais de uma forma mais precoce para prevenir o suicídio na área médica (JORGE, 2018).

Outra forma de auxílio não só aos estudantes, mas à sociedade como um todo, é a realização de campanhas no mês de setembro, conhecidas como “setembro amarelo”, que também pregam ações de prevenções contra o autoexterminio. Além disso, o Centro de Valorização da Vida (CVV) também é um suporte fundamental e eficiente, pois por meio de ligações, as pessoas podem desabafar e buscar ajuda em momentos emocionais críticos. Também fundamental é a atuação da mídia, a qual é um meio viável de divulgação de cartilhas, de programas de prevenção e dos meios de ajuda, colaborando

para quebrar o tabu que a sociedade impõe sobre o assunto.

Outro exemplo de estratégia cujo objetivo foi abordar a temática da saúde mental voltada para estudantes de medicina, foram as atividades realizadas pelo grupo de pesquisa em Saúde Mental da Faculdade Atenas de Sete Lagoas. Em meados de 2019, foi iniciado tal grupo de pesquisa, cujo objetivo, além de promover o ensino-aprendizado concernente à pesquisa científica no âmbito da saúde mental, foi promover atividades para conhecer e traçar o perfil dos estudantes de medicina da Faculdade supracitada. Além disso, objetivou-se realizar atividades para promover ações de apoio e amparo emocional aos estudantes no contexto das grandes mudanças psicossociais vivenciadas no curso.

A primeira atividade realizada foi a aplicação de um questionário aos estudantes do primeiro e do terceiro períodos, bem como a funcionários da instituição. O questionário foi aplicado de modo individual e com a garantia do anonimato dos participantes. Para os alunos, foram feitas perguntas sobre as vivências no curso; como lidam com a pressão cotidiana e com a rotina de estudos; se fazem ou não algum tratamento psicológico, seja ele iniciado antes ou depois do ingresso na graduação de medicina e, sobre suas relações com os professores do curso. Para os funcionários, foram feitas perguntas sobre os relacionamentos e as expectativas em seu ambiente laboral, visando observar a satisfação de cada um em relação ao seu trabalho na instituição. Essa atividade, de caráter individual e anônimo, apresentou boa adesão tanto de alunos quanto de funcionários.

A segunda atividade foi a realização de rodas de conversas, as quais foram coordenadas pelos discentes do grupo de pesquisa em saúde mental sob a supervisão da professora orientadora do grupo de pesquisa. O objetivo dessa atividade foi debater e discutir com os alunos da

Faculdade Atenas de Sete Lagoas, a respeito dos anseios de cada um deles em relação ao contexto vivenciado na graduação de medicina, quais os temores e as expectativas e qual o entendimento possuíam sobre a depressão, as ideias suicidas e o suicídio. A abordagem trouxe momentos de grande reflexão aos participantes e possibilitou momentos de desabafo e alívio em relação aos temores de alguns. Apesar de verificados tais benefícios, uma desvantagem a respeito das rodas de conversa foi a baixa adesão dos alunos.

A análise conjunta de ambas as atividades descritas acima tornou possível a observação do perfil dos alunos da Faculdade Atenas de Sete Lagoas de que, quando os alunos realizam atividades voltadas para a saúde mental em caráter individual e anônimo, em geral, eles têm certa facilidade para se expressar; porém, quando se trata de atividades coletivas, a adesão é baixa. Essa diferença pode ser explicada por duas vertentes distintas: primeiramente, tal situação pode se tratar de um perfil particular dos estudantes dessa instituição ou pode ser explicada pelo tabu ainda existente na sociedade no que se refere a temáticas de saúde mental. Falar sobre saúde mental, depressão, ansiedade e suicídio exige cuidados e ainda é um assunto restrito para grande parte da sociedade, mas os temas não podem ser deixados de lado sobretudo em um cenário de crescimento dos casos de autoleção em todo o mundo. De acordo com pesquisadores, a dificuldade existe porque há estigmas e pouca compreensão da sociedade dando margem, com frequência, a visões que carregam preconceito. Muitas vezes, o tabu interdita a circulação da informação, o que é importante para evitar novas ocorrências de suicídio (AGÊNCIA BRASIL, 2018). As iniciativas apresentadas acima são essenciais para ampliar os fatores protetores de prevenção ao suicídio e para evi-

tar fatores de risco. Fatores de proteção são características pessoais (como autoestima e autoeficácia) ou do meio em que se está inserido (como a relação com amigos, familiares, e rede de apoio), que fortalecem os jovens e lhes dão suporte para lidar com situações problema (PEREIRA *et al.* 2018).

Discussão

Diante de todas as informações supracitadas, faz-se evidente que muitos estudantes de medicina se encontram em situação de fragilidade, em decorrência do estresse a que constantemente estão submetidos ao longo da graduação. Isso é preocupante, haja vista que tamanha cobrança vivenciada cotidianamente pode tornar os acadêmicos angustiados, depressivos e predispostos às ideias suicidas.

Assim, é preciso enaltecer a importância de fortalecer os fatores protetores de prevenção ao suicídio, tais como os vínculos afetivos consistentes, a espiritualidade, o sentimento de pertencimento a grupos. Por outro lado, é primordial coibir fatores considerados de risco, como a depressão e as doenças mentais, as quais requerem tratamento adequado.

Para isso, antes de tudo, é essencial que a sociedade, de modo geral, mude seus conceitos na abordagem às temáticas relacionadas à saúde mental e aos aspectos psicológicos alheios, visto que o preconceito que muitos demonstram contra àqueles que estão em sofrimento mental pode gerar consequências graves a ponto de o indivíduo em situação de fragilidade optar pelo suicídio ao invés de buscar apoio, seja da família, seja de um especialista.

É válido ressaltar, também, que a criação de grupos e organizações de apoio ao estudante, tais como o Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GRAPAL) e o serviço do professor Gaudino Loreto, em Recife, foram

iniciativas de importante magnitude e com impacto positivo para coibir ideias suicidas. Ademais, cartilhas, como a elaborada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, bem como as campanhas do setembro amarelo, a atuação do Centro de Valorização da Vida (CVV) e a atuação da mídia são fundamentais para coibir as ideias suicidas.

Por fim, dentro das iniciativas citadas e apresentadas sobre a temática da saúde mental, também merecem destaque as atividades realizadas na Faculdade Atenas de Sete Lagoas, pelo grupo de pesquisa em saúde mental. Com a aplicação de questionários e com a organização de rodas de conversa, foi possível ampliar os debates sobre saúde mental dos estudantes e sobre os conceitos de depressão, de ideiação suicida e de suicídio (SETEMBRO AMARELO - VAMOS DAR AS MÃOS PELA VIDA?, 2019).

CONCLUSÃO

Nesse sentido, nota-se que, na formação do estudante de medicina, o aspecto emocional é muitas vezes negligenciado. Percebe-se a existência de crenças que afirmam ser prejudicial ao desenvolvimento acadêmico do estudante de medicina dar luz às suas emoções. Essa pers-

pectiva faz com que o estudante tente lidar sozinho com a angústia gerada ao longo de sua formação, o que pode causar prejuízo em seu processo de aprendizagem e conduzir à busca por eliminar suas emoções de formas, muitas vezes, prejudiciais à sua saúde. Produzindo, assim, estresse em níveis que venham a ser prejudiciais tanto ao seu bem-estar físico quanto psicológico, ocasionando quadros de depressão, de ansiedade ou mesmo, levando-o a ideias suicidas. Desse modo, o estudante de medicina se vê diante de uma realidade que coíbe suas emoções e o ensina, desde cedo, a ocultá-las.

Apesar de o suicídio na atualidade ser um tema polêmico e, por vezes, de difícil debate, é preciso reconhecer a multiplicidade do tema e ressaltar a importância de colocá-lo em pauta de modo responsável e consistente. De maneira especial, quando o suicídio se relaciona a estudantes de medicina, deve-se analisar e mensurar até que ponto a consumação desse ato se deve às pressões vivenciadas no decorrer da graduação. Enfim, estimular o acadêmico a buscar por auxílio quando estiver em situação de sofrimento, especialmente o sofrimento mental, pode ser um dos pilares para prevenir e evitar ideias suicidas e para melhorar a qualidade de vida dos estudantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAMPI, L.N.S. *et al.*. Qualidade de vida de estudantes de medicina da Universidade de Brasília. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 37(2):217, 2013.
- BEIER, M. Algumas considerações sobre o Paternalismo Hipocrático. *Rev Méd Minas Gerais*; 20(2):246, 2010
- BOTELHO, JB. Medicina e direito no código de Hamurabi. [S. l.], 2013. Disponível em: <http://www.historiadamedicina.med.br/?m=201304&print=print-page>. acesso em: 10 abr. 2020.
- DUTRA, E. Ideação e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina da UFRN e profissionais de saúde da rede pública de Natal. In: Borges LO, org. Os profissionais de saúde e seu trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo. p.281, 2005.
- FERNANDES, D. Como abordar o paciente com ideação suicida na atenção primária? [internet]. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://pebmed.com.br/como-abordar-o-paciente-com-ideacao-suicida-na-atencao-primaria>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- FRAZÃO D. Hipócrates: Biografia de Hipócrates. In: Frazão D. Hipócrates: Biografia de Hipócrates., 2019. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/hipocrates/>. Acesso em: 6 abr. 2020.
- GOEBERT D, *et al.* Depressive Symptoms in Medical Students and Residents : A Multischool Study. 84(2):236, 2009.
- GONÇALVES AM. Dos porões ao Hospício: a participação das Santas Casas de Misericórdia na assistência aos alienados em Minas Gerais, no século XIX [Mestrado]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
- JEAMMET P, *et al.* Psicologia Médica, São Paulo, Guanabara Koogan, 2000.
- JORGE NP. Medicina: por que o suicídio nesse curso é tão comum? 2018. Disponível em: <https://querobolsa.com.br/revista/medicina-por-que-o-suicidio-nesse-curso-e-tao-comum>. Acesso em: 12 mar. 2020.
- KRAYCHETE I G. Quem cuida de nós? Uma reflexão sobre a saúde do estudante de medicina e do profissional médico, 2019. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/quem-cuida-de-nos-uma-reflexao-sobre-a-saude-do-estudante-de-medicina-e-do-profissional-medico-colunistas> Acesso em: 25 abr. 2020
- MACHADO, CDB, *et al.*, Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 42(4):66, 2018.
- MARINI, G & ROSSI, N. Cinco transtornos mentais que podem levar ao suicídio. [internet]. 2018. Disponível em: <https://www.bol.uol.com.br/unibol/metodista/cinco-transtornos-psicologicos-que-podem-levar-ao-suicidio.htm>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- MELEIRO, AMAS. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(2):135, 1998.
- MILLAN, LR & ARRUDA PCV. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. *Revista da Associação Médica Brasileira*;54(1), 90, 2008
- MINAYO, MCS. *et al.* Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. *Revista de Saúde Pública*;46(2):300, 2012.
- NETO, AO. *et al.*, Dor: Princípios e prática. Porto Alegre: Artmed; 2009. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=QgCJ_f_hkC&printsec=frontcover&dq=dor:+principios+e+praticas&hl=ptBR&sa=X&ved=0ahUKEwjDn6SXtonpAhX6IrkGHTcKB2wQ6AEIKDAA#v=onepage&q=dor%3A%20principios%20e%20praticas&f=false. Acesso em: 27 abr. 2020.
- NEVES, N. Contextualização do Código de Ética Médica: o impacto em repensar as normas, 2007. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/JORNAL/jornais2007/Set/pag22-23.html>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- OLIVEIRA, BLCA, *et al.*, Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Mental. Transtornos Mentais e Comportamentais. Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores. 2000. Disponível: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf. Acesso em: 20 nov.2020.
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. Folha informativa - Suicídio, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 25 abr. 2020.

PEREIRA, AS. *et al.* Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro;23(11):3767, 2018.

QUERIDO, I. A. *et al.* Fatores Associados ao Estresse no Internato Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*;40(4):565, 2016.

Rodrigues JC. A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. [mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009. [Acesso em 25 abr. 2020]. Disponível em: <https://vitalere.com.br/download/a-entrevista-clinica-no-contexto-do-risco-de-suicidio.pdf>.

RODRIGUES, L. Saúde mental não deve ser tabu, avaliam pesquisadores, Agência Brasil, EBC. 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-08/saude-mental-nao-deve-ser-tabu-avaliam-pesquisadores>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SANTA, N. D. & CANTILINO A. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*;40(4):772, 2016.

SANTOS HGB, *et al.* Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto;25:e2878, 2017.

SETEMBRO AMARELO – Vamos dar as mãos pela vida?, *Roda de Conversa*, 2019. Disponível em: http://www.atenas.edu.br/uniatenas/site/ver_noticia/sete_lagoas/118.

SHNEIDMAN, E. *Deaths of Man*. New York: Quadrangle; 1973.

SILVA G. Como as escolas podem contribuir com a prevenção ao suicídio: As escolas são fundamentais na conscientização da prevenção ao suicídio, 2019 Disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/educacao/escolas/como-as-escolas-podem-contribuir-com-a-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em: 10 abr. 2020.

SILVA GEG. A UFPE e a saúde mental, 2006. Disponível em: <http://www.cremepe.org.br/2006/11/28/a-ufpe-e-a-saude-mental/>. Acesso em: 12mar. 2020.

TEMPSKI-FIEDLER PZ. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. [Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008.

TYSSEN R, *et al.* Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors.;64:69, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11292521>. Acesso em: 27 abr. 2020.

Capítulo 6

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: MÉTODOS DE PREVENÇÃO PARA A SAÚDE DA MULHER

CAIO PEREIRA DE SOUSA¹
FRANCISCA GIOVANA ANDRADE DE ARAÚJO¹
ANA BEATRIZ COSTA CRONEMBERGER¹
GEYSLA MILLENY KELLY KRAUSE DE SOUSA¹
LINDIONNE RIBEIRO DE SOUSA¹
MARIA MICHELE DE RESENDE SOUSA¹
ULADIA BETÂNIA DA SILVA SOUSA FEITOSA¹
SÂMIA KARINA LIMA SOARES¹
JARDELL SALDANHA AMORIM²
MANUELLA MARTINS SANTOS MOURA BATISTA¹
ROSÂNGELA SOUSA SILVA OLIVEIRA¹
SILVINA RODRIGUES DE OLIVEIRA²
MILENA DOS SANTOS BEZERRA¹
ANA BEATRIZ DAMASCENO ALVES¹
VALDELICE JULIANE ALVES CARIBÉ¹

¹Discente - Psicologia do Centro Universitário Maurício de Nassau.

²Psicólogo pelo Centro Universitário Maurício de Nassau.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Psicologia; Prevenção

INTRODUÇÃO

A depressão é um tema bastante estudado na atualidade, denominada por alguns teóricos como um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo da sua história. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), a depressão atinge mais de 300 milhões de pessoas no mundo, incluindo pessoas de todas as idades. No Brasil, cerca de 5,8% da população é afetada pela doença. Aproximadamente 9% das mulheres apresentam algum transtorno depressivo, enquanto em homens a probabilidade é de aproximadamente 5%, onde geralmente são encobertos pelo uso de drogas ou álcool. O diagnóstico e tratamento em homens podem ser mais difíceis, geralmente porque seus principais sintomas são desencorajamento e irritação fazendo com que a busca por ajuda seja de menor incidência. Já as mulheres têm maior predisposição a doença, por diversos motivos, dentre eles a gravidez, a questão hormonal, aborto, menopausa e período pós-parto.

A depressão pós-parto, por exemplo, ocorre logo depois do parto, os sintomas incluem tristeza, desesperança, medo, impaciência, irritabilidade, ansiedade, insônia. Alterações de humor, choros após o parto acontecem principalmente devido as alterações hormonais decorrentes do término da gravidez, geralmente denominado como baby blues, no entanto, algumas mães vivenciam tais sentimentos com mais intensidade, originando a depressão pós-parto (KIM, 2014).

Uma pesquisa realizada na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo (2016), identificou que uma de cada quatro mulheres brasileiras apresenta sintomas de depressão pós-parto. No estudo foram entrevistadas cerca de 23 mil mulheres entre 6 e 18 meses após o parto, trabalho publicado no *Journal of Affective Disorders* contendo uma análise de fatores

decorrentes dessa estatística. O trabalho ainda apontou que, no Brasil, a porcentagem de mulheres com sintomas de depressão pós-parto é de 26,3%, número maior do que o registrado nos Estados Unidos, Austrália e em países da Europa.

Segundo Filha (2016), a maioria dos casos de depressão pós-parto no Brasil são registrados em mulheres com idade média de 25,6 anos, de cor parda, de baixa condição socioeconômica, com antecedentes de transtorno mental, hábitos não saudáveis e em geral já tiveram mais de um filho na qual a gravidez não foi planejada.

A depressão pós-parto é caracterizada como um transtorno que afeta psicologicamente e biologicamente as mulheres, portanto, é necessário que haja estudos científicos que auxiliem na explicação e compreensão, para que a população e principalmente as mulheres tenham a prevenção e/ou a recuperação com maior agilidade para que não ocorra prejuízos pessoais e/ou no desenvolvimento do bebê. Diante disso surge a seguinte questão: Se alguns casos já podem ser inseridos no contexto de possível ocorrência de uma depressão pós-parto devido a situação momentânea da mulher, seja pela questão socioeconômica, casos de depressão anterior ao parto ou gravidez indesejada quais métodos podem ser usados para prevenir uma depressão pós-parto?

A presente pesquisa visa compreender como é a atuação do psicólogo em situações de depressão pós-parto. Nessa perspectiva serão investigadas quais as técnicas da psicologia mais utilizadas e aplicadas aos pacientes em situações de sofrimento psíquico e como estas podem contribuir para a regulação emocional desses pacientes, e para uma recuperação mais rápida e eficaz. Portanto, busca-se promover novas reflexões sobre este tema, através de

questionamentos integrados nos aspectos científico, profissional e social, com o intuito de disseminar conhecimento sobre esta área psicológica para estudantes e profissionais.

MÉTODO

Para atingir os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa bibliográfica descritiva com essência integrativa de abordagem qualitativa, de acordo com Biazin & Scalo (2008) trabalhos de revisão bibliográfica são desenvolvidos a partir de matérias já elaborados, constituídos principalmente de livros e artigos científicos que analisam de forma aprofundada o tema, abrange um período ou época, e permite ao investigador a cobertura ampla do assunto. Trata-se, portanto de um tipo de texto que reúne e descreve informações sobre o tema abordado da Depressão pós-parto.

Os estudos foram selecionados por meio de busca eletrônica nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da saúde (LILACS via BVS), Portal de Periódicos CAPES/MEC no período dos anos de 2006 a 2021, anos vigentes disponíveis nas plataformas de dados, além de artigos publicados em todas as regiões do Brasil na língua portuguesa (brasileira) e inglesa na literatura psicológica. Os descritores utilizados para definir o assunto, são as expressões: “Depressão Pós-Parto”; “Atuação do Psicólogo”; “Período puerpério”.

Como critério de inclusão, os estudos publicados nos últimos 15 anos, filtrados entre os anos de 2006 a 2021 que tratam sobre a temática deste estudo e seus objetivos. Assim como, foram excluídos da revisão teórica, os artigos publicados que não formaram a tríade de estudo no âmbito abordado saúde mental da mulher puerpera, e que não são da área da Psicologia. Além disso, os artigos serão agrupados dentro

da temática escolhida para realização dos resultados e discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As principais causas do desenvolvimento da depressão pós parto são gravidez não planejada, renda familiar, relação instável com o companheiro, carência de apoio do companheiro ou família e falta de acompanhamento médico desde o início da gravidez (MORAES *et al.*, 2006; MACIEL *et al.*, 2019; KONRADT *et al.*, 2011; ARRAIS *et al.*, 2018; ALMEIDA & ARRAIS, 2016). Além disso, fatores como baixa escolaridade e gravidez precoce também foram observados (MACIEL *et al.*, 2019; ARRAIS *et al.*, 2018). Moraes *et al.*, (2006) traz ainda que a escolha do sexo do bebê e pensamentos de interromper a gravidez são aspectos agravantes para o desenvolvimento da DPP.

Segundo Rennó & Rocha (2018), existem outros elementos etiológicos de risco como vulnerabilidade genética, alterações na tireoide, redução dos níveis de hormônios reprodutivos, disfunções no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e outras irregularidades dos ácidos graxos e colesterol. Além disso inclui-se indícios de que a base genética influencia episódios psiquiátricos aproximadamente em quatro semanas após o parto.

Deste modo, a vulnerabilidade social tem um grande impacto na vida dessas mulheres, pois quanto menor a sua situação econômica maior a incidência de transtornos puerperais, agravando relações familiares que já se encontram instáveis, além de que a dificuldade financeira pode acarretar pensamentos de incapacidade, sentimentos disfuncionais, gerando também angustias e preocupações com o futuro, por não conseguir prover recursos para satisfazer seus desejos como mãe assim como os de seus filhos (GOMES, 2010).

Nesse interim as mulheres que não recebem ou não receberam apoio dos companheiros e/ou familiares ou são mães solteiras, apresentaram um risco duas vezes maior no desenvolvimento da DDP. Devido as flutuações emocionais, alterações fisiológicas e hormonais, em que a puérpera se encontra, mesmo após o nascimento de seu bebê, a carência emocional e afetiva se eleva e ressalta a necessidade de ter uma forma de apoio e suporte emocional. Contrapondo a isto, outro fator desencadeante seria a convivência conturbada no ambiente familiar, em que a mulher perde parte da sua privacidade e se sente angustiada com isso (MENESES *et al.*, 2012).

Assim como também ser mãe jovem ou ter uma gravidez não planejada aumenta a probabilidade de desenvolver transtornos de humor pós-parto, tornando-se um período ainda mais difícil desde o momento que se descobre a gravidez, pois irá alterar drasticamente todo o seu dia a dia. Vale ressaltar ainda outros fatores relevantes para esta condição como falta de maturidade emocional, críticas sociais, desistência dos estudos e mudança brusca dos seus relacionamentos afetivos.

De acordo com os estudos de Rodrigues & Schiavo, 2011; Cunha *et al.*, 2012; Sampaio e Álvares, 2013; Cardillo *et al.*, 2016, apresentou que as mulheres entre a terceira e quarta semana pós gravidez podem apresentar alguns sintomas de DPP, entre eles cabe citar: humor rebaixado, instabilidade emocional, esgotamento, irritabilidade, perda ou ganho de apetite, pensamentos catastróficos, temor de ferir o bebê, insônia ou sonolência excessiva e até mesmo ideias suicidas. Observou-se ainda que quanto maior o estresse, maior será a probabilidade de desenvolvimento da DPP e outros problemas de saúde mental (RODRIGUES & SHIAVO, 2011).

De acordo com Camacho *et al.*, (2006), a depressão pós-parto pode ser denominada como uma síndrome na qual o funcionamento biológico, psicossocial, e psicológico da mulher é todo afetado. Camacho explica que existem três categorias de depressão pós-parto. Sendo a 1ª baby blues, 2ª depressão puerperal e por último as psicoses puerperais, que são caracterizadas com algumas características semelhantes a DPP, como delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, ideação de suicídio e/ou infanticídio. Consistindo ainda com sintomas de desânimo constante, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, redução do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas.

Vale ressaltar que ser mãe para algumas mulheres é seu maior sonho e desejo enquanto estão vivas, e nessa perspectiva pode se salientar que na medida em que a gravidez vai passando, mais sentimentos e preocupações com a saúde do bebê surgem, passando assim por fases angustiantes de ansiedade até a chegada do filho, ignorando a possibilidade de adoecimento da sua saúde mental. A depressão pós-parto pode acontecer tanto com uma mulher que não desejou uma gravidez como uma que planejou sua gravidez, e por falta de cuidados, ainda tem muitos casos em que a gestante acha que nunca vai ser acometida por esta condição, atrasando assim o tratamento.

Na busca de um tratamento psicológico durante e após a gravidez surgiu o PNP (Pré natal Psicológico) fundamentado por Fiorini, a fim de uma humanização do processo gestacional e do parto, o PNP visa à integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, por meio de encontros temáticos em grupo, com ênfase psicoterápica na preparação psico-

lógica para a maternidade e paternidade e prevenção da depressão pós-parto. Vale ressaltar que o PNP é um modelo de atendimento de difícil acesso nos serviços de acompanhamento obstétricos. Diante dos fatores que envolvem esse transtorno psíquico é observada a necessidade de adaptação que uma puérpera precisa enfrentar, faz-se válida a utilização de recursos que tentem prevenir este distúrbio. O PNP se propõe a ser um recurso instrumental (CARAL *et al.* 2012).

Lembrando que para um melhor andamento do processo gestacional como um todo, é necessário que a mulher consiga estabelecer uma relação de confiança com todos os profissionais envolvidos no seu acompanhamento, pois desta forma o vínculo desenvolvido com eles pode ajudar a controlar pensamentos disfuncionais, dúvidas e a própria DPP, trazendo conforto e apoio a mais nesse período de transformação (CUNHA, 2012).

Ademais, de acordo com as pesquisas feitas por Sampaio & Alvares (2013), após o diagnóstico de DPP o psicólogo é o profissional fundamental para a intervenção psicoterapêutica, onde o mesmo irá identificar de acordo com o estado clínico da paciente quais as melhores técnicas a serem utilizadas, como por exemplo: psicoterapia breve, modalidades de atendimento que possibilitem a recuperação da sua integridade psíquica, ressignificação de sua condição atual e vivência de crescimento pessoal.

Deste modo, o intuito de uma intervenção psicológica com mulheres com DPP é uma escuta ativa e especializada sobre o processo de gravidez, possibilitando para esta mãe um local seguro para se expressar livremente e sem julgamento sobre seus medos e angústias. Assim, consequentemente a psicoterapia contribui para uma reaproximação da paciente com os famili-

ares, permitindo a participação destes no processo de gestação da paciente (ARRAIS *et al.* 2014).

Em estudos qualitativos, as puérperas têm preferido tratamentos psicossociais. Para Silva (2010) uma abordagem psicoterapêutica é essencial no tratamento da DPP, uma vez que o terapeuta junto à puérpera e familiares edificam novas composições a partir da realidade vivenciada; desta forma tornam-se possíveis o entendimento e o planejamento de ações intervencionistas adequadas acerca desta nova.

O processo de prevenção do psicólogo nesta atuação não é necessariamente voltado apenas para o bem-estar exclusivo das mães, é voltado também para o bem-estar e integridade emocional da criança. De acordo com a literatura mães que possuem transtornos depressivos podem influenciar no desenvolvimento de distúrbios emocionais nos filhos, desta forma as práticas de psicoterapias interpessoais e cognitivo comportamentais demonstram uma eficácia maior frente ao que foi exposto. Deste modo, os hospitais devem fornecer uma estrutura e funcionamento adequado para a equipe interdisciplinar possibilitando que o psicológico possa trabalhar em conjunto com o médico nas atividades em virtude das vivências e emoções da paciente, é de ações preventivas no pré-natal, para que o psicólogo possa monitorar a gestante nesse período de incertezas e auxiliar a detectar fatores desencadeantes da DPP. Deste modo, os profissionais da saúde mental devem trabalhar com ética e não devem ter uma visão de rótulos da doença, e nem expressar sua opinião sobre o que é certo ou errado para a paciente. É necessário que a equipe tenha conhecimentos teóricos sobre os processos psíquicos que desenvolve a DPP, para proporcionar um atendimento qualificado para essa mãe (SAMPAIO & ALVARES, 2013).

CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível observar que o período gravídico-puerperal quando não realizado com todo o acompanhamento necessário pode se tornar um período ainda mais desafiador para as futuras mães, assim como também podem ter consequências para a criança. Vale ressaltar que além do acompanhamento de profissionais qualificados, o apoio familiar ou de pessoas próximas, como seus companheiros e amigos, faz-se ainda mais essencial.

Cabe salientar que os sintomas desenvolvidos pela DPP ocasionam o afastamento da mãe com o seu bebê, resultando na perda por parte da mãe do desenvolvimento da primeira infância do seu filho. Torna-se necessário que a equipe que acompanha o caso fique atenta as alterações nos aspectos cognitivos e comportamentais da paciente, para que possa atuar de forma mais eficiente.

Lembrando que o acompanhamento preventivo se torna extremamente eficaz para evitar diversas complicações físicas e psicológicas. O auxílio e acompanhamento com psicólogos desde o momento inicial da gravidez pode fazer toda a diferença diante de um caso de Depressão Pós-Parto, visto que se trata do profis-

sional mais indicado para conduzir um tratamento eficaz, que irá contribuir para uma melhora do contexto geral, trabalhando com a paciente e a família também.

Foram observadas poucas pesquisas voltadas para a temática trabalhada, dentro do foco psicológico, tornando essencial métodos e estudos mais aprofundados sobre esta área. É imprescindível que o psicólogo tenha recursos disponíveis no hospital, além do apoio de toda a equipe que irá acompanhar a mulher na prevenção e após o diagnóstico de depressão pós-parto, pois assim aumentará a qualidade de vida da mãe e do bebê.

A partir da realização desse estatuto constatou-se que esta temática merece uma maior atenção dos pesquisadores, principalmente no que diz respeito ao processo de prevenção. Foi observado uma escassez de pesquisas voltadas para a atuação do psicólogo inserido nesse contexto, desta forma, torna-se essencial métodos e estudos mais aprofundados sobre esta área. É imprescindível que para o desempenho de suas atividades, o psicólogo tenha disponível recursos por parte do hospital, além do apoio de toda a equipe que irá acompanhar a mulher na prevenção e após o diagnóstico de depressão pós-parto, aumentando a qualidade de vida da mãe e do bebê.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, N. M. C & ARRAIS, A. E. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 36, p. 847, 2016.
- ARRAIS, A. R *et al.* Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, p. 711, 2018.
- ARRAIS, A. R *et al.* O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, v. 23, p. 251, 2014.
- BIAZIN, D. T & SCALCO, T. F. Normas da ABNT & Padronização para Trabalhos Acadêmicos. Londrina: UniFil, 2008.
- CABRAL, D. S. R *et al.* Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, Valinhos, v. 15, n. 22, p. 53, 2012.
- CAMACHO, R. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 33, p. 92, 2006.
- CARDILLO, V. A *et al.* Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 18, 2016.
- CUNHA, A. B *et al.* A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. *Saúde e Pesquisa*, v. 5, n. 3, 2012.
- FILHA, M. M. T *et al.* Fatores associados à sintomatologia depressiva pós-parto no Brasil: o Estudo Nacional de Pesquisa Nascimento no Brasil, 2011/2012. *Jornal de transtornos afetivos*, v. 194, p. 159, 2016.
- GOMES, L. A *et al.* Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Ver Rene*, v. 11, p. 117, 2010.
- KIMM, H. R. Psicoterapia breve operacionalizada em puérperas com sintomas depressivos no pós-parto. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- KONRADT, C. E *et al.* Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 33, p. 76, 2011.
- MACIEL, L. P *et al.* Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 11, n. 4, p. 1096, 2019.
- MENEZES, F. L *et al.* Depressão puerperal, no âmbito da saúde Pública. *Saúde (Santa Maria)*, v. 38, n. 1, p. 21, 2012.
- MORAES, I. G. S. *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de saúde pública*, v. 40, p. 65, 2006.
- Rennó J. J & ROCHA R. Gravidez e depressão. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo; 2018
- RODRIGUES, O. M. P. R & SCHIAVO, E. A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 33, p. 252, 2011.
- SAMPAIO, N. F & ALVARES, L. B. O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 15, n. 1, p. 180, 2013.
- SILVA, F. C. S *et al.* Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, p. 411, 2010.

Capítulo 7

TABAGISMO – O REFÚGIO COMPULSIVO DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO

MARINA RESENDE MENDONÇA¹
GIOVANA DE SOUZA VENDRAME¹

¹Discente –Medicina da Universidade de Franca (UNIFRAN).

Palavras-chave: Esquizofrenia; Tabagismo; Antipsicóticos.

INTRODUÇÃO

O termo esquizofrenia foi introduzido na linguagem médica no início do século passado pelo psiquiatra suíço Bleuler (SILVEIRA, 2009). A esquizofrenia é um transtorno mental grave que acomete três em cada 10.000 adultos no mundo (MARI & LEITÃO, 2000). Apesar da baixa incidência o curso crônico eleva sua prevalência, afetando 24 milhões de pessoas no mundo e tem um sério impacto na qualidade de vida, tanto do paciente quanto da família (MARI & LEITÃO, 2000).

Tem-se que os transtornos esquizofrênicos são caracterizados, em geral, por distorções fundamentais e características do pensamento, da percepção e do afeto inadequado ou embotado (SILVA, 2006) (KAPLAN & SADOCK, 2017). A consciência e a capacidade intelectual estão inicialmente mantidas, pois, certos déficits cognitivos podem surgir no decorrer do tempo (SILVA, 2006) (KAPLAN & SADOCK, 2017). A perturbação envolve a perda das funções mais básicas que proporcionam à pessoa um senso de individualidade, unicidade e direção de si mesmo (REIS, 2016). Os pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos são sentidos como conhecidos ou partilhados por outros e podem desenvolver delírios (SILVA, 2006) (KAPLAN & SADOCK, 2017) (REIS, 2016).

O diagnóstico geralmente é difícil, afinal não é proveniente de exames laboratoriais ou de imagem, se tornando, exclusivamente, clínico (REIS, 2016) (SILVA, 2006). Esquizofrenia caracteriza-se por: A. Sintomas característicos: No mínimo dois dos seguintes quesitos, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). (1) Ideias delirantes; (2) Alucinações; (3) Discurso desorganizado; (4) Comportamento amplamente desorganizado, catatônico ou gravemente desorganizado;

(5) Sintomas negativos, por exemplo, embotamento afetivo, alergia ou abulia (REIS, 2016) (KAPLAN & SADOCK, 2017) (KASAI, DUCCI, *et al.*, 2018).

Atrelado ao quadro clínico psiquiátrico, infelizmente, ocorre uma alta adesão ao tabagismo entre os pacientes esquizofrênicos, causando altas taxas de dependência de nicotina, que giram em torno de 80% e mais de 90% (OLIVEIRA, 2012). Sendo um importante fator de risco, resultando no aumento da morbidade e mortalidade nessa população (OLIVEIRA, 2012). Além disso, esses pacientes tendem a fumar entre duas a quatro vezes mais do que a população em geral (REIS, 2016).

A dependência de nicotina é uma das maiores causas de morte e incapacidade no mundo (SILVA, ARAÚJO, *et al.*, 2016). Sendo que o tabagismo é reconhecido como uma doença crônica gerada pela dependência à nicotina estando por isso, inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e está associado à alta taxa de morbimortalidade, sendo responsável por aproximadamente cinco milhões de mortes ao ano (SILVA, ARAÚJO, *et al.*, 2016). A nicotina é o ingrediente psicoativo do tabaco que contribui significativamente para seu uso prejudicial, sua dependência tem maior prevalência do que qualquer outra substância, o uso agudo produz efeitos positivos, incluindo leve aumento da euforia e elevando discretamente a cognição (REIS, 2016).

Há um consenso de que um dos motivos que dificulta o abandono do tabagismo entre os esquizofrênicos é a percepção da melhora dos sintomas negativos (OLIVEIRA, 2012) (ASHWIN A. PATKAR, 2002). Uma das funções da nicotina no sistema nervoso central é o aumento da atividade dopaminérgica no córtex frontal (VENTURA, ABREU, *et al.*, 2010). Considerando isso mais a base fisiopatológica dos

sintomas negativos (apatia, anedonia, prejuízo na concentração, na memória e na atenção, déficits motores), que ocorre justamente por prejuízo na neurotransmissão dopaminérgica frontal, o tabagismo age e é utilizado como antagonista temporário dessa sintomatologia (OLIVEIRA, 2012) (ASHWIN A. PATKAR, 2002).

Em relação aos sintomas positivos (delírios, alucinações, alterações na fala, entre outros) há controvérsias quanto ao efeito da nicotina em sua apresentação (OLIVEIRA, 2012). Esses sintomas ocorrem devido a uma hiperatividade do sistema dopaminérgico na região mesolímbica do SNC, sendo a nicotina responsável por exacerbá-los (OLIVEIRA, 2012) (ASHWIN A. PATKAR, 2002). Alguns estudos demonstraram que o tabagismo está associado ao aumento dos sintomas positivos, o que poderia justificar a maior severidade da esquizofrenia nesses indivíduos, assim como o maior número de internações e doses elevadas de neurolépticos como tentativa de conter esses sintomas (OLIVEIRA, 2012) (ASHWIN A. PATKAR, 2002).

O objetivo deste estudo foi correlacionar o tabagismo e a esquizofrenia, tentando evidenciar o maior consumo de cigarros nessa subpopulação com transtorno psicótico.

MÉTODO

A motivação para redigir o estudo foi a constância de consultas psiquiátricas que envolviam pacientes esquizofrênicos e o tabagismo em Unidades Básicas de Saúde.

Dessa forma, a metodologia empregada foram os casos observados em prática clínica e a revisão de dados de literatura científica, com o objetivo de atingir o conhecimento sobre a temática estudada.

Essa revisão foi conduzida utilizando-se bases de dados eletrônicos, tais como PubMed,

Scielo, Lilacs, e sites de busca. Os principais descritores foram: Esquizofrenia, nicotina, anti-psicóticos, dependência, neurolépticos, entre outros.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2000 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, com a presença de estudos do tipo revisão, meta-análise e estudos de caso, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos sobre esquizofrenia e dependência de múltiplas drogas; esquizofrenia e tratamentos para outras dependências.

Após os critérios de seleção restaram 20 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva ao longo do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É consenso que os esquizofrênicos possuem maior consumo de cigarros (BENTO & WEBER, 2021). E dentre as causas disso, pode-se citar a mais comum, tanto nessa população, quanto em todos aqueles que fumam, que seria o alívio da tensão e ansiedade, através da diminuição da pressão arterial (RONDINA, GORAYEB & BOTELHO, 2003).

Entrando mais nas causas intrínsecas à esquizofrenia, deve-se considerar que há um polimorfismo específico no receptor nicotínico que foi associado a um risco elevado de desenvolver a doença (LEON & DIAZ, 2005). Sendo que a administração dessa substância parece melhorar alguns comprometimentos cognitivos, possivelmente devido à ativação dependente de nicotina de neurônios de dopamina nicotino-dependentes (KAPLAN & SADOCK, 2017). Foi visto que essa vulnerabilidade à doença também se estende ao tabagismo (LEON & DIAZ, 2005).

Complementando, sabe-se que o transtorno cursa com desregulação de dopamina em certas regiões do cérebro e que na via mesocortical há uma diminuição de dopamina no córtex frontal e aparecimento dos sintomas negativos (KAPLAN & SADOCK, 2017) (ASHWIN A. PATKAR, 2002) (SILVA, 2006). Em pacientes tabagistas, a nicotina possui dois caminhos na melhora dos sintomas. O primeiro está associado ao estímulo direto dos receptores de dopamina nicotino-dependentes e assim, melhora do embotamento afetivo (XING-SHI, LI, *et al.*, 2011). O segundo caminho está associado ao nível de monoaminaoxidase (MAO), a presença de tal enzima regula negativamente o nível de dopamina, e a inibição crônica da MAO, que foi encontrada nos cérebros de fumantes, leva a maior excitação desse neurotransmissor no SNC (XING-SHI, LI, *et al.*, 2011). Com base no exposto, o tabagismo seria usado como uma estratégia dos pacientes com o transtorno, visto até como uma forma de auto-medicação, pois a maioria dos antipsicóticos não possuem efeito nessas manifestações (OLIVEIRA, 2012) (ASHWIN A. PATKAR, 2002). E a grande quantidade de estudos e fontes chegaram em acordo diante desse fato, apoiado tanto numa base fisiopatológica, quanto de observação em prática clínica (OLIVEIRA, 2012) (ASHWIN A. PATKAR, 2002).

Ao analisar a via mesolímbica, que se relaciona com o aumento de dopamina e o aparecimento de sintomas positivos, há contraposição de alguns estudos, visto que com base no pensamento oposto da via mesocortical, o estímulo dos receptores, nesse caso, levaria ao agravamento dos sintomas, principalmente, alucinações e delírios (OLIVEIRA, 2012). Em contrapartida, o Compêndio de Psiquiatria traz que há diminuição dessas manifestações, visto que a nicotina agiria reduzindo a percepção de

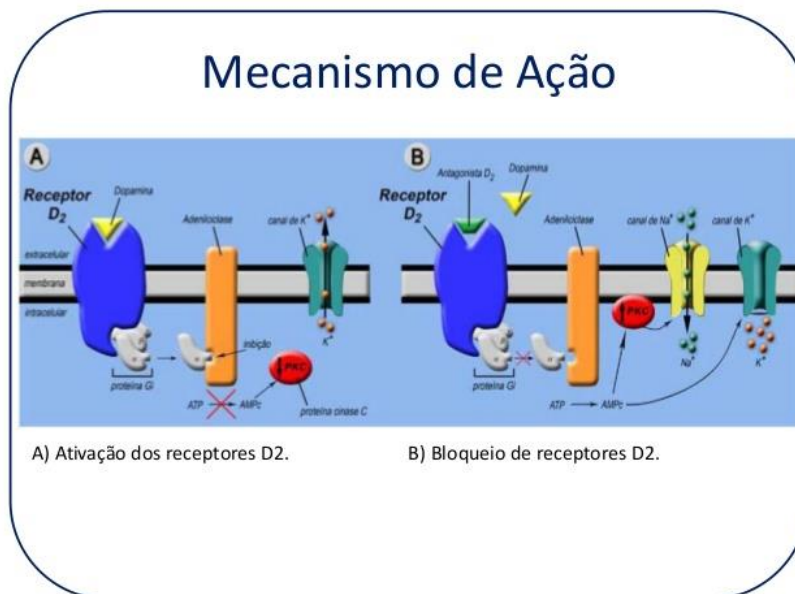
estímulos externos, sobretudo os ruídos, diminuindo a queixa de alucinações (OLIVEIRA, 2012) (KAPLAN & SADOCK, 2017).

Diante desses fatos e da descoberta dos receptores de dopamina nicotino-dependentes, a teoria mais coerente seria da oposição de benefícios em relação aos sintomas negativos, evidenciando melhora do embotamento afetivo e uma piora nos positivos (ASHWIN A. PATKAR, 2002) (OLIVEIRA, 2012). Mas sabe-se que a nicotina age em diversos receptores (BENTO & WEBER, 2021). E na avaliação de seu uso não tem como colocar na balança somente sintomas positivos e negativos, e sim uma gama multifatorial, sendo que uma das principais causas do consumo, evidenciados em prática clínica é o uso de antipsicóticos, além disso, não deve se esquecer dos fatores sociais envolvidos (OLIVEIRA, 2012).

Em relação ao uso de antipsicóticos ou neurolépticos, é necessário conhecimento sobre o mecanismo de ação de cada fármaco, conforme suas gerações pois, os mais antigos, que são os de primeira geração, possuem efeito terapêutico por bloqueio de receptores de dopamina, principalmente de D2 (**Figura 7.1**), causando melhora substancial nos delírios e alucinações, sem relato de melhora em relação ao embotamento afetivo e retraimento social (FUCHS, 2006) (KAPLAN & SADOCK, 2017) (MOREIRA & GUIMARÃES, 2007).

Já os de segunda geração, também chamados de atípicos, além dos receptores D2, também atuam no D3, D4, 5-HT2a, 5-HT2c, 5-HT3, sendo que há relatos, que além da melhora dos sintomas positivos, eles agem também influenciando uma diminuição dos negativos, sendo mais utilizados atualmente (FUCHS, 2006), (KAPLAN & SADOCK, 2017), (MOREIRA & GUIMARÃES, 2007).

Figura 7.1 Mecanismo e ação dos receptores D2 da dopamina



Legenda: **A)** - Ativação dos receptores D2: em condições normais a dopamina se liga ao receptor D2 que ativa a subunidade alfa da proteína G que se desloca e liga-se à adenilciclase inibindo-a. Este mecanismo impede a conversão do ATP em AMPc e a sinalização de segundos mensageiros, no caso a proteína cinase C (PKC). Esta cascata de eventos mantém os canais de K⁺ abertos, do que resulta a hiperpolarização da membrana celular. O incremento da função dopaminérgica promove os sintomas característicos da esquizofrenia. **B)** - Bloqueio de receptores D2: neste caso, não ocorre a ativação da proteína G e ligação da subunidade alfa à adenilciclase. O ATP passa a ser convertido em AMPc e este aumenta a atividade da PKC. A PKC por sua vez fosforila os canais de íons K⁺, determinando seu fechamento e a repolarização da membrana sináptica. O resultado destes eventos é o favorecimento dos processos de despolarização da membrana com a consequente inibição dos sintomas positivos da doença. **Fonte:** (FUCHS, 2006).

Ambas as gerações possuem metabolismo hepático, que após oxidação pelo fígado são excretados através de metabólitos inativos pela via renal (FUCHS, 2006). É válido lembrar que uma das principais queixas dos pacientes durante a farmacoterapia é o aparecimento dos efeitos adversos, que se relacionam à diminuição de dopamina nas vias tuberoinfundibular e nigroestriatais, na primeira o déficit pode se manifestar através de galactorreia e síndrome neuroléptica maligna (FREDERICO, OGA, *et al.*, 2008). Já na segunda via, predominam os sintomas motores do parkinsonismo, como acatisia, distonia aguda e discinesia tardia, estes se apresentam devido ao desbalanço da dopamina em relação a acetilcolina (FREDERICO, OGA, *et al.*, 2008).

A nicotina age diminuindo o aparecimento dos efeitos adversos, principalmente o parkinsonismo, através de produtos decorrentes da combustão do tabaco, que induzem as enzimas hepáticas a aumentarem o metabolismo dos antipsicóticos (OLIVEIRA, 2012). Dessa forma, além de diminuir os efeitos não desejados, também há diminuição do terapêutico, sendo necessária doses ainda mais elevadas para conseguir controlar os sintomas (NASCIMENTO & MOURE, 2018). Apesar dessa aparente melhora, alguns estudos propõem uma associação entre o nível de consumo de cigarro e a gravidade atual de discinesia tardia, caracterizada por estereotipias e movimentos coreicos, uma das principais manifestações do parkinsonismo (DIEHL, REINHARD, *et al.*, 2009). Com base nos estudos, constatou-se que principalmente na população masculina, onde a

exposição neuroléptica é rara, fumar vinte cigarros ou mais por dia acarretava o risco de discinesia quase tão alta quanto aquela associada ao uso de antipsicóticos (DIEHL, REINHARD, *et al.*, 2009).

Já em relação aos fatores sociais, é notável a presença da mídia e de como ela se adaptou a esse público (OLIVEIRA, 2012). As indústrias de tabaco aproveitaram a divulgação da hipótese de resistência ao câncer nos esquizofrênicos para incentivar o consumo de tabaco nessa população, que se tornou, ao longo de muitos anos, sua população alvo em campanhas publicitárias (PROCHASKA, HALL & BERO, 2008).

Essa crença prevaleceu até a década de 1980 quando pesquisas foram realizadas de modo a testar a hipótese da proteção genética contra o câncer nos portadores de esquizofrenia, sugerindo que o número reduzido de câncer nos tabagistas esquizofrênicos era devido a subestimação das causas de morte nessa população, o que de fato, acontece até hoje, não só em relação ao câncer, mas a todas as patologias de base orgânica, visto que muitos médicos não investigam, de fato, as queixas desses pacientes (OLIVEIRA, 2012) (PROCHASKA, HALL & BERO, 2008).

CONCLUSÃO

A partir da discussão sobre o tabagismo e a esquizofrenia, pôde-se entender que há uma

elevada demanda de cigarros nessa população e, as causas para isso variam desde mudanças farmacocinéticas no efeito do antipsicótico até questões sociais.

Essa associação é preocupante pois, apesar dos aparentes benefícios do tabagismo nestes indivíduos (melhora dos sintomas negativos, diminuição dos efeitos colaterais das medicações, sensação de prazer) há interferência na terapêutica medicamentosa, agravamento da sintomatologia do transtorno, maior ocorrência de surtos psicóticos e maior vulnerabilidade para doenças crônicas, podendo ocasionar mais sofrimento e limitações.

É importante salientar também os impactos do próprio transtorno, vistos que essas pessoas possuem uma diminuição do julgamento, e assim, são menos preocupados com convenções sociais e com as consequências a longo prazo do tabagismo à saúde. Dessa forma, tendem a ser menos propensos a abandonar o consumo.

Consequentemente, o alto consumo a longo prazo cursará com o desenvolvimento de patologias orgânicas, dentre as principais: câncer de pulmão, boca, laringe, entre outros cânceres; doença pulmonar obstrutiva crônica, hipotensão ortostática, etc. Dessa forma, cabe ao médico, juntamente com uma equipe multidisciplinar, através do matriciamento, articular com o grupo de profissionais qual seria a melhor forma de abordagem para esse paciente, na tentativa de cessação do tabagismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASHWIN A. PATKAR, M.D.,¹ R. G. M. D. . A. L. P. D. . F. T. L. M. D. . Relationship Between Tobacco Smoking and Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia. *THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE*, v. 190, 2002. ISSN 9.

BENTO, Lays; WEBER, César A. T. Tabagismo: dependência, mecanismos neurobiológicos e suas correlações com esquizofrenia. *International Journal of Psychiatry*, novembro 2021.

DIEHL, A. *et al.* Does the degree of smoking effect the severity of tardive dyskinesia? A longitudinal clinical trial. *European Psychiatry* , v. 24, p. 33, 2009.

FREDERICO, Wanessa A. *et al.* Extrapyramidal side effects as a consequence of treatment with neuroleptics. *einstein*, v. 6, p. 51, 2008.

FUCHS, F. D. Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. 3ª. ed.

KAPLAN; SADOCK. *Compêndio de Psiquiatria*. 11ª. ed., 2017.

KASAI, Matheus M. D. S. *et al.* Esquizofrenia catatônica: um relato de caso. *Colloquium Vitae*, 2018.

LEON, Jose D.; DIAZ, Francisco J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*, v. 76, p. 135, Abril 2005.

MARI, Jair J.; LEITÃO, Raquel J. A epidemiologia da esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry* , maio 2000.

MOREIRA, FA; GUIMARÃES, FS. Mecanismo de ação dos antipsicóticos: hipóteses dopaminérgicas. *Ribeirão Preto: [s.n.]*, p. 63, 2007.

NASCIMENTO, A. N. D. & MOURE, N. M. Discinesia tardia induzida por neuroléptico em paciente com esquizofrenia: Um relato de caso com acompanhamento. *Revista Uningá, Maringá*, v. 55, p. 64, out/dez 2018.

OLIVEIRA, Renata M. D. Esquizofrenia e dependência de tabaco: uma revisão integrativa. *Enfermaria Global*, janeiro 2012.

PROCHASKA, J. J. *et al.*, Tobacco Use Among Individuals With Schizophrenia: What Role Has the Tobacco Industry Played? *Schizophrenia Bulletin*, v. 34, p. 555, 2008.

REIS, A. S. D. Revisão da Literatura Sobre a Associação entre Tabagismo e Esquizofrenia. *Uniad*, mar. 2016.

RONDINA, R. D. C.; *et al.* Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 2003.

SILVA, L. C. C. D. *et al.* Controle do tabagismo: desafios e conquistas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* , 2016.

SILVA, R. C. B. D. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP* , 2006.

SILVEIRA, R. D. Psicanálise e psiquiatria nos inícios do século XX: a apropriação do conceito de esquizofrenia no trabalho de Hermelino Lopes Rodrigues. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, setembro 2009.

VENTURA, A. L. M. *et al.* Sistema colinérgico: revisitando receptores, regulação e a relação com a doença de Alzheimer, esquizofrenia, epilepsia e tabagismo. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* , 2010.

XING-SHI *et al.* Differential sensory gating functions between smokers and non-smokers among drug-naive first episode schizophrenic patients. *Psychiatry Research*, v. 188, p. 327, 2011.

Capítulo 8

SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS E OS FATORES DE RISCO RELACIONADOS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE ENFERMAGEM

ROSA JORDANA CARVALHO¹

MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES²

DANIELLE MACHADO OLIVEIRA DE MOURA³

ALINE RAQUEL DE SOUSA IBIAPINA⁴

VICTOR FERNANDES ALENCAR⁵

THÂMARA FERNANDES VILANOVA⁶

THECIO FERNANDES VILANOVA⁷

¹Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

²Pós-Doutora pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.

³Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

⁴Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Professora Adjunta da Universidade Federal do Piauí.

⁵Licenciado em Filosofia. Pós-graduando em Gestão Escolar e Psicopedagogia.

⁶Assistente social. Professora Intérprete de Libras da Secretaria de Educação do Maranhão.

⁷Assistente social. Graduado pela Faculdade Ademar Rosado.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Estudantes de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O acesso ao ensino superior representa uma etapa importante de modificações nas atividades cotidianas e no convívio social e familiar do estudante, gerando o livre-arbítrio e autonomia, mas também responsabilidades diante das obrigações impostas pela vida acadêmica, independente de idade, raça, gênero, etnia ou classe social. O surgimento das novas atividades na rotina diária do estudante universitário tem provocado desorganização em sua estrutura psicológica e emocional que, não raro, conduz a certa dificuldade na adaptação ao novo meio.

Nesta perspectiva, o estudante universitário apresenta relativa predisposição a desenvolver sintomas ansiosos e depressivos, devido às exigências acadêmicas ao longo do curso. Carga horária, cobranças dos professores, insegurança, exigências do mercado de trabalho, pressão da sociedade para a formação de profissionais competentes, são alguns fatores desencadeantes dos problemas à saúde mental de alunos do ensino superior (VICTORIA *et al.*, 2013).

Diante destes fatores estressores que causam sintomas ansiosos e depressivos, bem como seus respectivos transtornos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no mundo, 350 milhões de pessoas sofrem de transtornos depressivos, e 265 milhões de transtornos de ansiedade, o que representa um aumento de casos de, aproximadamente, 50% entre os anos de 1990 e 2013 (OMS, 2016).

Dados mundiais relativos a 2015, apresentados pela Organização Mundial da Saúde no relatório sobre “Depressão e outros transtornos mentais comuns: estimativas da saúde global”, mostram que 4,4% da população mundial é acometida por sintomas depressivos, sendo mais comum entre mulheres (5,1%) do que

entre os homens (3,6%) e os transtornos de ansiedade ocupam o sexto lugar (3,4%). As elevadas taxas e estimativas dos sintomas apresentados impõem a necessidade dos profissionais da saúde, em especial, o enfermeiro auxiliar nas mudanças desse fenômeno (WHO; 2017).

Sentimentos como irritabilidade, impaciência, preocupação e desapontamento podem se instalar em estudantes da graduação de forma nociva e atuar como fatores ansiogênicos, suscitando também quadros depressivos em torno de 30,6% dos universitários. A proporção para ansiedade tem maior prevalência e estudos afirmam que entre 63% e 92% da comunidade discente é acometida da patologia (CHATTERJEE *et al.*, 2014; SHAMSUDDIN *et al.*, 2013).

A depressão, em geral, se manifesta por anedonia, insegurança, baixa autoestima, alterações no humor, no apetite e no sono, dificuldade para concentrar-se e manter a atenção, ideias pessimistas e suicidas. Quando instalada influencia diretamente no rendimento e desempenho acadêmico do universitário, além de implicar em sofrimento emocional. Há declínio da cognição e desgaste físico elevado, portanto, a saúde mental e física torna-se vulnerável, proporcionando o desenvolvimento de comorbidades (GRAZZIANO *et al.*, 2015; NYER *et al.*, 2013).

Dentre os fatores de risco associados à depressão estão as experiências dolorosas enfrentadas no cotidiano, instabilidade financeira, baixa autoestima, elementos ligados à personalidade, descontentamento com a vida e insatisfação com o corpo. Ademais, a depressão pode levar o enfermo à tentativa ou suicídio completo (CHATTERJEE *et al.*, 2014; BEITER *et al.*, 2015; ARADILLA-HERRERO *et al.*, 2014).

A ansiedade caracteriza-se por estado de alerta e reação natural do organismo às situações estressoras. E quando exacerbada, passa a constituir-se em transtorno psicossomático, percebido por tremores, palpitações, cefaleia e hipotensão. Pode causar certa incapacidade, o não reacionismo à sensação de perigo iminente, lapsos de memória, atenção e pensamento prejudicados, comprometendo a aprendizagem e formação do futuro profissional (GOMES & OLIVEIRA, 2013).

Estudantes, especialmente de enfermagem, apresentam vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão, por lidar com certas circunstâncias, como situações de risco de morte. Contato com o sofrimento, variações emocionais, problemas afetivos e situações que despertam sentimentos negativos pode levar ao aparecimento de desordens como comportamentos de risco, consumo de álcool, tabaco, resistência para seguir terapêuticas (BEITER *et al.*, 2015; MOREIRA & FUREGATO, 2013).

Nota-se que a presença desses sintomas em universitários é bastante evidente, contudo, os estudos científicos são bastantes incipientes, carecendo de pesquisas que verifiquem a real situação da saúde mental dos estudantes universitários em cenário local, regional, nacional e, também, internacional, especialmente sobre dados estatísticos de sintomas ansiosos e depressivos e sua relação com fatores desencadeantes, com vistas a identificar estados de sofrimento psíquico para intervir precocemente. Frente ao exposto, objetivou-se, na presente investigação, analisar os sintomas ansiosos e depressivos em estudantes de enfermagem e os fatores de risco relacionados.

MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo, realizado em uma universidade pública federal do nordeste

brasileiro. Participaram dezenove alunos do curso de enfermagem, maiores de 18 anos e que apresentaram escores positivos para os sintomas ansiosos e depressivos, na aplicação dos Inventários de Beck para Ansiedade e Depressão, em estudo prévio.

No universo de 205 alunos submetidos aos Inventários de Beck para Ansiedade e Depressão, 191 apresentaram scores positivos para essas sintomatologias (FERNANDES *et al.*, 2018). Todos os participantes receberam o seu resultado, em forma impressa, de forma confidencial, anexada à uma carta-convite para participar, espontaneamente, da presente pesquisa.

A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2017. Para a produção dos dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, elaborado pelas próprias pesquisadoras, com questões relativas à caracterização sociodemográfica e ocupacional e a autopercepção de estados ansiosos e/ou depressivo, bem como sobre a descrição do desenvolvimento dessas sintomatologias. A coleta se deu em dois momentos: inicialmente foi estabelecido um encontro para esclarecimentos sobre os objetivos e propósitos da entrevista aos possíveis participantes e, em um segundo momento procedidas as entrevistas, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tiveram duração, em média, de 25 minutos e foram gravadas em equipamento de áudio (Mp4). Em seguida, transcritas na íntegra e reorganizadas de forma adequada para o processamento.

Para o processamento de dados, os relatos foram gravados e transcritos em um corpus e processado pelo Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq®), baseado no algoritmo proposto para o software Alceste por Reiner, que segmenta o corpus textual em segmentos de texto e que segrega em classes vo-

cábulos inter-relacionados pela frequência com que aparecem e o grau de associação à classe respectiva. As classes geradas representam o sentido das palavras e indicam os elementos de representações sociais referentes ao objeto social estudado (CAMARGO & JUSTO, 2013).

Para a análise, foi definido o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), em que os textos são classificados em função de seus respectivos vocabulários, e o conjunto delas é dividido pela frequência das formas reduzidas. Apresenta por meio das palavras a formação de vocabulários contendo textos e classes de discursos (IBIAPINA *et al.*, 2017).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, sob o parecer nº 1.665.294. Foram respeitados todos os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à caracterização sociodemográfica e ocupacional dos participantes evidenciou-se maior presença na faixa etária de 20 a 33 anos, do sexo feminino, solteiros, residentes com os pais e familiares, sem filhos. Renda familiar entre um e 10 salários-mínimos, poucos possuíam emprego ou atividade remunerada. Realizavam atividades extracurriculares (monitoria, projetos de extensão e pesquisa), com dedicação entre 4 e 24 horas semanais, e para lazer entre seis e 48 horas.

Organização das classes

Após a submissão dos depoimentos ao processamento, o software identificou 18 textos inseridos no corpus. Extraiu-se 191 segmentos de texto, em que apareceram 1262 palavras distintas e com ocorrência de 6510 vezes, que revela uma frequência média de 5,15 palavras da totalidade da amostra. Dos 191 segmentos,

possuem maior relevância para a pesquisa 124, revelando um nível de aproveitamento de 64,92%.

Para a seleção das principais palavras presentes em cada uma delas foi considerado seu grau de associação à classe referente ao valor de qui quadrado (χ^2). Considerou-se nesse estudo $\chi^2 \geq 3,84$, $p < 0,0001$ e frequência maior que a frequência média que foi 3. Esses dados são obtidos através de um relatório detalhado emitido pelo programa em que mostram as variáveis processadas e permite ao pesquisador qualificar as palavras obtidas e interpretar os segmentos textuais de acordo com cada classe.

As divisões e subdivisões sofridas pelo corpus deram origem a dois segmentos textuais: o primeiro segmento subdividiu-se dando origem às classes 1 e 2, e o segundo originou as classes 3 e 4. A distribuição espacial das classes e palavras mais relevantes foi organizada em formato de dendograma.

Classe 1: autorreconhecimento dos estudantes de enfermagem sobre o estado ansioso e/ou depressivo.

A Classe 1 é proveniente da análise de 33 segmentos de texto semelhantes, o que representa 26,6% do corpus. As palavras que possuem maior associação com a classe de acordo com os seus respectivos valores de χ^2 foram: ficar (30.51), considerar (28.23), ansioso (27.83), depressivo (10.48) e eu (10.31).

Percebe-se pela fala dos participantes que eles se autorreconhecem como ansiosos e/ou depressivos ao apontarem os sintomas que sentem quando passam por situações que despertam esses tipos de emoções ou sentimentos.

“Considero-me um pouco ansiosa, quando algo me preocupa ou diante de algum acontecimento. Fico taquicárdica, meu sono diminui, fico bastante preocupada e às vezes isso me atrapalha a dormir.” (E08)

“Quando estou ansiosa sinto muita sudorese, não sinto falta de apetite, mas o estômago e a barriga ficam embrulhados.” (E01)

“Minhas mãos ficam geladas e suas pernas tremem, e também já senti meu braço adormecer, fiquei ton-ta, cheguei a desmaiar.” (E10)

“Tenho mal-estar, vontade de vomitar e, um pouco de taquicardia, às vezes. [...]” (E12)

Pensamentos negativos, desmotivação, desesperança e tristeza também foram revelados pelos participantes, conforme constatado:

“[...] ansiosa sim, principalmente quando vou apresentar trabalhos, fazer provas, enfrentar alguma situação complicada. Começo a suar as mãos, ter taquicardia, e sempre ficar pensando no pior.” (E16)

“[...] quando estou triste, fico mais na minha, calada, não falo, fico mais quieta.” (E17)

“[...]Jeu me sinto desmotivada, fico triste e começo a passar mais tempo pensando do que fazendo.” (E18)

O meio acadêmico é uma fonte geradora de sintomas ansiosos e depressivos por causas diversas e o desenvolvimento dessas alterações fisiológicas podem ser incapacitantes e afetar diretamente o rendimento acadêmico. Os principais sintomas ansiosos e depressivos apontados pelos universitários foram taquicardia, sudorese, tremores, desmotivação e tristeza.

Tais sintomas foram apontados em revisão integrativa que analisou a produção científica relacionada às respostas fisiológicas e emocionais em discentes de enfermagem. Encontrados na revisão também sintomas do pânico,

angústia, frustração, desmotivação e abandono (BENAVENTE & COSTA, 2011). Outro estudo realizado com estudantes de cursos da área de saúde em uma universidade do Mato Grosso, Brasil, apontou os discentes de enfermagem como os mais predispostos a desenvolverem depressão (MESQUITA *et al.*, 2016).

Desse modo, acadêmicos de enfermagem não são exceção, quando se afirma que o estudante de saúde tem grandes demandas psicológicas, advindas de fatores externos, assim como da sua formação profissional ao lidar com vidas, dores e sofrimentos dos seus pacientes e prestar os cuidados necessários de forma eficaz, sem causar prejuízo, o que gera insegurança e outros sintomas que deprimem sua saúde mental (MESQUITA *et al.*, 2016; BOOSTEL, 2018).

Classe 2: concepção dos estudantes de enfermagem quanto aos fatores mobilizadores dos sintomas ansiosos e/ou depressivos.

A Classe 2 considerou 28 segmentos de texto, o que representa 22,6% do corpus. As palavras mais significativas foram: como (28.3), sintoma (16.91), causa (10.79), curso (7.8).

Quando instigados sobre os possíveis fatores que contribuem para o desencadeamento dos sintomas ansiosos e depressivos, constatou-se consenso no que se refere à realização de excessivas atividades acadêmicas, curriculares e/ou extracurriculares, bem como a pressão exercida pelos docentes para o cumprimento dessas atividades.

“Essa pressão para fazer diversas coisas me deixa ansiosa. Tive que deixar meu filho em outra cidade por não dar conta dele e da vida acadêmica, juntos. [...] A gente se sente influenciada pelos professores, pois demonstram o tempo todo que ao fazermos certas atividades podemos ser mais bem sucedido.” (E02)

“Excesso de atividades acadêmicas me leva a esses sintomas ansiosos e depressivos, vejo que nos meus amigos também. [...] não se sentir capaz de superar aquela situação, acaba fazendo a gente se sentir triste, ansioso, isso realmente é uma coisa que conta bastante.” (E11)

“Os professores acumulam muitas atividades, jogam muitas atividades para cima do aluno, há uma cobrança muito grande num intervalo muito pequeno.” (E08)

“Sinto que existe muita pressão dos professores, muita cobrança... você não deixa de ser um número, você é um número, você é sua nota, você é seu IRA.” (E07)

[...] “sempre naquela tensão de ter que entregar o trabalho naquela data, naquela hora, e tem que ser uma coisa bem feita” [...] (E04).

Os estudantes sentem-se sobrecarregados pelo volume de informações, conhecimentos e atribuições inerentes à universidade, provas, trabalhos e seminários. Também precisam executar atividades extracurriculares como monitoria, extensão e pesquisa que são atividades importantes para o desenvolvimento profissional e que abrangem a gama de oportunidades oferecidas pela academia, resultando numa demanda física, psicológica e temporal excessiva.

Acadêmicos de uma universidade em New England, Estados Unidos, relataram o ingresso na instituição de ensino como causa do declínio de sua saúde mental e felicidade estando relacionado ao estresse gerado pela sobrecarga de obrigações. Igualmente, discentes de enfermagem de uma universidade irlandesa revelaram elevados níveis de estresse provocados pelo mesmo fator (DEASY *et al.*, 2014).

Em relação à pressão e as exigências exercidas pelos professores, foi resultado também encontrado em revisão integrativa que abordava o estresse entre estudantes da graduação de enfermagem (SILVA *et al.*, 2016). As cobranças para a realização das tarefas e a qualidade com que devem ser feitas repercutem de forma negativa no aluno, por despertar medo, nervosismo e ansiedade em não atender às expectativas impostas, provocando distanciamento entre discentes e docentes.

Para o desencadeamento da sintomatologia para ansiedade e depressão há, em geral, uma somatória de diversos fatores que associados culminam com o problema. A propósito disto, pesquisa realizada com acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública de São Paulo-SP, expôs que o deslocamento até a universidade, a concorrência entre os colegas de sala e a falta de espaço para lazer são importantes aspectos no desgaste da saúde mental (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Na presente pesquisa, houve destaque também para a pouca disponibilidade de tempo para o lazer, como se verifica a seguir:

“O pouco tempo de lazer também influencia, porque o lazer é uma forma de descarregar, de desopilar de toda a pressão da universidade, mas nesse período eu não tenho nenhum tempo. No final de semana que deveria ser livre, tenho que estudar para me sair bem nas atividades da universidade.” (E06)

Outra questão em destaque diz respeito à preocupação com o futuro profissional, fato que os tornam mais vulneráveis a esses estados emocionais. As incertezas de como será a vida profissional após a universidade, a insegurança de não saber se vai conseguir logo um emprego ou se vai depender financeiramente da família, foram outros fatores destacados.

“[...]tem essa preocupação de saber o que fazer quando sair daqui [...].” (E01)

“O medo do futuro em relação à carreira, pouco tempo para lazer, sentimentos de incapacidade e insegurança também são muito comuns no meu dia-a-dia e me atrapalham não só no lado pessoal, mas acadêmico.” (E03)

“A gente está terminando a universidade e tem aquela cobrança de ter que arrumar logo um emprego, se não a gente fica para trás, também estou muito ansiosa por causa disso, poder ajudar em casa. Sair-me bem no futuro, não ficar dependendo dos meus pais, dar um descanso para minha mãe.” (E17)

É notório que o mercado de trabalho está cada vez mais exigente. Observa-se que existem insuficientes ofertas de trabalho e grande quantidade de mão de obra qualificada e isso suscita dúvidas sobre o futuro após a graduação, relacionada à conquista de emprego e ao medo de depender financeiramente da família. Temores que são potenciais geradores de ansiedade.

Estudantes de uma universidade de New England, Estados Unidos, demonstraram também suas inquietações quanto ao futuro após a graduação, por almejarem conseguir um bom trabalho e progredir na carreira (ASELTON, 2012). Soma-se a isto, a pressão familiar e social para o engrandecimento profissional e formação profissional adequada, sem preocupação com a situação emocional do estudante, valorizando somente a sua representação social e financeira.

Os principais fatores relacionados aos sintomas de ansiedade e depressão identificados na presente pesquisa estão em conformidade com os achados de outro estudo realizado com estudantes de enfermagem de uma universidade do Sul do Brasil, no qual apontou como principais fatores estressores a escassez de tempo para desempenho de suas atividades,

lazer e socialização com a família, o conhecimento teórico-prático adquirido ser insuficiente, insegurança profissional, exigências por parte dos docentes, relações ambientais e profissionais ineficazes e as dificuldades de deslocamentos exigidos pela graduação (HIRSCH *et al.*, 2018).

Aspectos também apontados pelos participantes do estudo em tela:

“Creio que existem vários fatores: sociedade, família [...] Mas acredito que o principal seja a sociedade, que a grande maioria não quer saber da sua situação pessoal ou o que você está passando, só quer saber o que você tem o que você conquistou ou o que você é.” (E15)

“Acho que o principal fator relacionado é a família porque ela exerce muita pressão sobre o que vou fazer na minha vida.” (E18)

A pressão exercida pelos pais foi destacada também por estudantes de medicina de uma universidade em Santa Catarina-SC, Brasil (TABALIPA *et al.*, 2015), e um estudo com discentes de enfermagem peruanos concluiu ser um grande desafio formar profissionais que atendam as expectativas da sociedade e que sigam atualizados para acompanhar o progresso social e apresentar desempenho satisfatório na profissão (SIAPPO *et al.*, 2016).

Classe 3: influências sociodemográficas e ocupacionais no desencadeamento dos sintomas ansiosos e/ou depressivos

A Classe 3 consta de 36 segmentos de texto semelhantes, o que representa 29% do corpus. As palavras mais significativas foram: atividade (14.19), acadêmico (11.19), trabalho (6.67), excesso (6.57) e família (4.33).

Para a maioria dos estudantes os sintomas ansiosos e depressivos sofrem influência maior dos aspectos relacionados à vida acadêmica, visto que se dedicam ao curso universitário

quase que exclusivamente, não exercendo atividades laborais. O final do período letivo foi apontado como o marco em que, claramente, acontece o maior aumento do estresse pelo excesso de atividades acumuladas.

“Muito assunto, muita prova, muito seminário, tudo ao mesmo tempo. Acaba que você fica ansioso por não conseguir arranjar tempo para fazer outra coisa.” (E01)

“A ansiedade se manifesta de forma mais intensa no final do período letivo e, principalmente agora, no final do curso, a probabilidade de ser empregada ou não, de passar num concurso ou não, tem o TCC que está bem aí.” (E02)

A sobrecarga dupla por participar de outro curso de graduação também foi revelada no depoimento de participantes:

“Quando fico muito sobrecarregada com provas, seminários e ainda a questão de fazer dois cursos, me dedicar de manhã e de tarde, duas coisas totalmente diferentes, isso me deixa muito estressada e ansiosa, principalmente nesse período de aulas.” (E12)

A realidade dos cursos da área de saúde na instituição pesquisada, a exemplo da enfermagem, é que a graduação ocorre em tempo integral, fato que resulta em pouco tempo livre para os discentes que, em geral, utilizam-no para o cumprimento das atividades requeridas. Uma pesquisa realizada com discentes de enfermagem evidenciou-se comprometimento do sono e energia, que afetam o processo de aprendizagem e a realização de atividades não só curriculares, mas diárias (BAMPI *et al.*, 2013).

Há similaridade com outros cenários, a exemplo do estudo realizado com acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Ouro Preto-MG, que teve por objetivo avaliar a percepção dos graduandos acerca da sua qualidade

de vida e o impacto em seu rendimento escolar, em que o resultado reforçou a demanda excessiva de estudos e a escassez de tempo para descansar (FIGUEIREDO *et al.*, 2014).

A família, de uma forma geral, funciona como fator protetivo contra estresse, ansiedade e depressão, contudo, quando as relações familiares se encontram conturbadas podem contribuir para o surgimento ou agravamento de quadro ansioso e/ou depressivo em estudantes. Quanto a isto, o presente achado merece destaque nessa população:

[...] “teve a separação dos meus pais, meu pai entrou em atrito comigo, minha avó estava sofrendo muito com isso, ela também estava com um pouco de depressão, meu rendimento escolar estava caindo, minha mãe também estava muito triste com a separação e sem querer me tratava mal.” (E07)

“Alguns conflitos familiares, relacionados principalmente ao meu irmão são muito complicados e não ter controle sobre certas situações me causa muita angústia, muito estresse.” (E14)

“Tenho alguns problemas familiares, em casa moram três pessoas, mas é como se fossem duas, porque meu pai bebe e não consegue resolver nada, fica só eu e minha mãe para resolver tudo. Ele poderia ajudar, mas o alcoolismo não o deixa.” (E17)

A família deveria ser um ponto de suporte emocional, mas a desestrutura familiar ou lar conflituoso deprime o humor de seus constituintes. O meio em que está inserido interfere diretamente na saúde mental, causa angústia e estresse. Dessa forma, pode acarretar um rendimento acadêmico insatisfatório por tornar-se difícil a dissociação entre os problemas familiares das obrigações acadêmicas.

Estudo de revisão da literatura encontrou publicações que mostravam que conflitos familiares, como o divórcio dos pais dos estudantes universitários e a criação de expectativas

surreais relacionadas a eles e seu futuro poderiam gerar sentimentos negativos, como o de solidão (HURST *et al.*, 2013).

Classe 4: repercussões dos sintomas ansiosos e/ou depressivos na vida pessoal e profissional dos estudantes.

A Classe 4 agrupou de 27 segmentos de texto semelhantes, que representa 21,8% do corpus. As palavras mais pertinentes foram: casa (30.72), só (17.87) preocupado (10.37), universidade (7.46), depressivo (10.48) e eu (10.31).

Os sintomas ansiosos e depressivos, especialmente em períodos em que os estudantes de enfermagem estão mais vulneráveis às causas estressoras, podem interferir negativamente na qualidade de vida dos mesmos. Comer excessivamente, ter reduzidas horas de lazer, isolamento social e afetivo e sentimento de culpa foram as principais repercussões apontadas como consequentes dessas sintomatologias.

“Acabo comendo mais do que deveria, principalmente nessas semanas que tenho muita coisa para fazer, e como mal, só besteira. [...] E uma coisa que sinto nesse período é que no domingo, dia que tiro para descansar, me sinto culpada. Às vezes saio com meu namorado e fico pensando na quantidade de coisas que tenho para fazer e estou aqui numa boa, curtindo a vida.” (E09)

[...] “você tira um tempo para fazer alguma outra coisa, tira um final de semana que você não estuda você se sente até culpado por não estar gastando aquele tempo estudando.” (E01).

“Isso atrapalha às vezes também a minha alimentação, quando tenho prova e seminário, fico com meu estado de fome tão grande que não consigo controlar, como compulsivamente. Inclusive minha mãe já sabe que quando eu ataco a geladeira é porque tenho alguma coisa da universidade para fazer.” (E14)

A análise dos fatores relacionados aos sintomas ansiosos e depressivos de estudantes de enfermagem dessa pesquisa permitiu o entendimento de que a sobrecarga de atividades acarreta em pouco tempo para descansar, realizar atividades prazerosas que vão aliviar o estresse, o que, de certa forma, contribui para a exacerbação desses estados emocionais. É notório ainda que comer excessivamente como forma de coping traz consequências negativas para a saúde física do estudante.

Estas realidades foram encontradas, respectivamente, em um estudo realizado com estudantes de medicina da Universidade Federal de Ouro Preto e de enfermagem de Taiwan. O isolamento social e afetivo é um gatilho para a ansiedade e depressão.

O desenvolvimento dessas sintomatologias não só acarreta no enfrentamento ineficaz do seu próprio estado de saúde, mas também influencia negativamente nas suas relações profissionais com os seus futuros pacientes (CARVALHO *et al.*, 2015).

A falta de interação, o resguardar as emoções para si provoca um armazenamento de sentimentos e angústias que aprisionam a pessoa na sua mente.

[...] “tem meu filho que está em outra cidade, tem meu filho para criar, para cuidar, fico preocupada com ele lá, enfim.” (E02).

“Fico um pouco isolada em casa porque tenho uma avó com Alzheimer e minha filha só quer saber de brincar com os brinquedos dela, então não tenho ninguém para conversar.” (E19).

Na Universidade Federal de Ouro Preto-MG, universitários de medicina mencionaram o distanciamento familiar como importante estressor, pelo fato de assumir novas obrigações que antes do afastamento não possuíam ²⁴. Além disso, esse distanciamento físico reduz o

apoio diário necessário para o enfrentamento das dificuldades impostas pela vida acadêmica (MESQUITA *et al.*, 2016).

Outros aspectos também foram comentados, como a gravidez indesejada seguida de um casamento precoce como responsáveis pelo início do transtorno depressivo. Fatos precipitados como esses alteram o curso de vida planejado e geram sofrimento psíquico.

“O fato de eu ter engravidado cedo, casado cedo foi um dos principais fatores para eu desenvolver depressão, eu não tive juventude.” (E19).

Estudantes de psicologia na Universidade de Venda, na África do Sul, apontaram que problemas conjugais e gravidez indesejada são mudanças na vida que podem ser difíceis de adaptação, por demandar compromisso com o desempenho de novos papéis e enfatizaram que essas são causas frequentes de abandono dos estudos (ASELTON, 2012).

O impacto causado por esses sintomas no bem-estar e qualidade de vida dos estudantes, já que são incapacitantes, podem levar ao desinteresse e apatia diante sua realidade o que pode acarretar não só em uma formação ineficiente, mas até mesmo no abandono da graduação (GRAZZIANO *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

Os principais sintomas mencionados pelos estudantes foram sudorese, taquicardia, dificuldade para dormir, tremores e problemas estomacais, estando relacionados ao meio acadêmico permeado pelo excesso de carga horária e sobrecarga de atividades, além de fatores familiares e sociais com relevante contribuição.

A pesquisa possibilitou a compreensão de alguns fatores que corroboram para o comprometimento da saúde mental dos estudantes de enfermagem, facilitando o entendimento sobre o processo saúde-doença deste público. Tais informações são úteis na medida em que poderão subsidiar o planejamento de ações e programas institucionais com vistas a assistir adequadamente ao grupo, visando a redução dos sintomas, melhorando o bem-estar psíquico e, por conseguinte, o desempenho acadêmico. Contudo, o estudo apresenta limitações, visto que outros possíveis sintomas e fatores podem ter sido omitidos, dada a delicadeza do assunto.

Chama-se a atenção para a necessidade de se repensar as práticas pedagógicas e investir em ações que tornem o meio acadêmico mais prazeroso para aprendizagem, crescimento pessoal e profissional dos discentes, como estratégias de promoção da saúde mental, qualidade de vida e bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARADILLA-HERRERO, A. *et al.* Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Education Today*, v.34, n.4, p.520, 2014.
- ASELTON, P. Sources of stress and coping in American college students who have been diagnosed with depression. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, v.25, n.3, p.119, 2012.
- BAMPI, L.N.S. *et al.* Percepção sobre qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.34, n.2, p.125, 2013.
- BEITER, R. *et al.* The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, v.173, 90, 2015.
- BENAVENTE, S.B.T. & COSTA, A.L.S. Respostas fisiológicas e emocionais ao estresse em estudantes de enfermagem: revisão integrativa da literatura científica. *Acta paulista de enfermagem*, v. 24, n.4, p.571, 2011.
- BOOSTEL, R. *et al.* Stress of nursing students in clinical simulation: a randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n.3, p.967, 2018.
- CAMARGO, B.V; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em psicologia*, v. 21, n.2, p.513, 2013.
- CARVALHO, E.A. *et al.* Índice de ansiedade em universitários ingressantes e concluintes de uma instituição de ensino superior. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.14, n.3, p.1290, 2015.
- CHATTERJEE, S. *et al.* Depression among nursing students in an India government college. *British journal of nursing*, v. 23, n.6, p. 316, 2014.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. 2012. Disponível em <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> acesso em: dez, 2018.
- DEASY, C. *et al.* Psychological Distress and Coping amongst Higher Education Students: A Mixed Method Enquiry. *PLoS ONE*, v. 9, n.12, p.115, 2014.
- FERNANDES, M.A. *et al.* Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n.5, p.2169, 2018.
- FIGUEIREDO, A.M. *et al.* Percepções dos estudantes de medicina da UFOP sobre sua qualidade de vida. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.38, n.4, p.435-443, 2014.
- HURST, C.S.; *et al.*, College student stressors: a review of the qualitative research. *Stress Health*, v.29, n.4, p. 275, 2013.
- GOMES, R.K; OLIVEIRA, V.B. Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. *Boletim de Psicologia*, v.63, n.138, p.23, 2013.
- GRAZZIANO, E.S. *et al.*, Resistência ao estresse e depressão em estudantes de cursos técnicos em enfermagem. *Revista de enfermagem UFPE on line*, v.9, n. 2, p.837, 2015.
- HIRSCH, C.D. *et al.*, Fatores percebidos pelos acadêmicos de enfermagem como desencadeadores do estresse no ambiente formativo. *Texto contexto enfermagem*, v.27, n.1, p.1, 2018.
- HURST, C.S. *et al.* College student stressors: a review of the qualitative research. *Stress Health*, v. 29, n.4, p. 275, 2013.
- HUSSAIN, R. *et al.* Physical and mental health perspectives of first year undergraduate rural university students. *BMC Public Health*, p.13, n.1, p.848, 2013.
- IBIAPINA, A.R.S. *et al.* Oficinas Terapêuticas e as mudanças sociais em portadores de transtorno mental. *Escola Anna Nery*, v. 21, n.3, p.1, 2017.
- MESQUITA, A.M. *et al.* Depressão entre estudantes de cursos da área da saúde de uma universidade em Mato Grosso. *Journal Health NPEPS*, v.1, n.2, p.218, 2016.
- MOREIRA, D.P & FUREGATO, A.R.F. Estresse e depressão entre alunos do último período de dois cursos de enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 21, p.155, 2013.
- NYER, M. *et al.* Relationship between sleep disturbance and depression, anxiety, and functioning in college students. *Depression e Anxiety*, v.30, n.9, p.873, 2013.
- OLIVEIRA, B.M. *et al.* Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, v.64, n.1, p.130, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Depression. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Acesso em: abr, 2017.

SHAMSUDDIN, K. *et al.* Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatric*, v. 6, n.4, p.318, 2013.

SIAPPO, C.L.G. *et al.* Nursing students' experiences in selfcare during training process in a private university in Chimbote, Peru. *Escola Anna Nery*, v.20, n.1, p.17, 2016.

SILVA, R.S. *et al.* Estudo do estresse na graduação de enfermagem: revisão integrativa de literatura. *Caderno de Graduação – Ciências biológicas e da Saúde*, v.2, n.3, p.75, 2016.

TABALIPA, F.O. *et al.* Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students. *Revista brasileira de educação médica*, v.39, n.3, p.388, 2015.

VICTORIA, M.S. *et al.* Níveis de ansiedade e depressão em graduandos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). *Encontro: revista de psicologia*, v. 16, n.25, p.163, 2013.

WHO (World Health Organization). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=>>>. Acesso em: Dez, 2018.

Capítulo 9

REPERCUSSÕES DA MATURAÇÃO NEUROLÓGICA AO USO DE CANNABIS NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

MATHEUS LAVIGNE MARINHO¹

NATÁLIA ISABELA JALES TRANIN¹

EDUARDO EUGÊNIO CORREIA MUNIZ BARRETO¹

ANTÔNIO ALVIM SOARES²

¹Discente – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

²Docente – Departamento de Saúde Mental da Universidade Federal de Minas Gerais.

Palavras-chave: Cannabis; Desenvolvimento do adolescente; Transtornos do neurodesenvolvimento

INTRODUÇÃO

A cannabis (*Cannabis sativa*) é um gênero de angiosperma com muitas finalidades para os humanos, desde confecção de produtos têxteis a uso medicinal, religioso e recreativo (BURGGREN, *et al.*, 2019). Atualmente, é discutido sobre a legalização dessa erva no cenário global, pois, além das questões políticas e econômicas, há incipiente conhecimento sobre as repercussões biológicas no organismo humano. Recente estudo observou que cerca de 16% dos jovens com idade entre 12 e 17 anos e aproximadamente 52%, entre 18 e 25 anos, já havia consumido cannabis nos Estados Unidos da América (CAMCHONG, *et al.*, 2017).

Maconha e haxixe são nomes populares para o fumo contendo cannabis, que, embora ilegal em países como o Brasil, é consumida por jovens e adultos. Similarmente ao cigarro do tabaco, a maconha contém numerosas substâncias, como terpenoides, flavonoides, alcaloides e fitocanabinoides (BURGGREN, *et al.*, 2019). Dentre estes, destacam-se o delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), que possui efeito psicoativo e relação com transtornos mentais, e o canabidiol (CBD), com propriedades medicinais (DHEIN, 2020).

Apesar de conter substâncias antioxidantes, anticonvulsivantes e analgésicas, o uso de maconha entre adolescentes é preocupante, pois estudos emergentes têm mostrado alterações morfológicas e funcionais no sistema nervoso central (SNC) desses jovens usuários em fase de maturação sexual e neurológica (VOLKOW, *et al.*, 2016; JACABU, *et al.*, 2019).

O sistema endocanabinoide é um mecanismo filogeneticamente primitivo de regulação de processos vitais como nocicepção, recompensa dopaminérgica e neurodesenvolvimento, a partir da resposta do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal ao estresse (VOLKOW, *et al.*,

2016; LEVINE, *et al.*, 2017). Contudo, o uso de canabinoides exógenos durante a neuromaturação está associado a desfechos adversos como ansiedade, depressão, risco aumentado de suicídio e de esquizofrenia (LEVINE, *et al.*, 2017; JACABU, *et al.*, 2019). Além de alterações na atenção, concentração, memória, funções executivas e processamento visual que podem durar por mais de 10 meses de abstinência (CAMCHONG, *et al.*, 2017; HASAN *et al.*, 2019; BURGGREN, *et al.*, 2019).

As consequências agudas e crônicas do uso da cannabis têm relação com modificações morfológicas em cerebelo, regiões frontal e paralímbica do cérebro (MERUELO, *et al.*, 2017). De forma geral, essas alterações são propiciadas por polimorfismos genéticos que predis põem a vulnerabilidade à psicose e potencializadas pelos canabidíndes exógenos (CAM-CHONG, *et al.*, 2017; HASAN *et al.*, 2019).

Os fitocanabinoides são mediados, principalmente, pelos receptores canabinoides (rCB) tipos 1 e 2, acoplados a proteínas G de classes inibitórias Gi e G0, mas podendo alternar para ativadores Gs e Gq (DHEIN, 2020). Estão presentes em vários tecidos e células, como olhos, cérebro, neurônios, células da glia e leucócitos (SMITH, *et al.*, 2020). O gene CB1R, que codifica o rCB1, envolve modulação de funções cerebrais normais e participa da intoxicação da cannabis em indivíduos com risco de esquizofrenia (LEVINE, *et al.*, 2017). Enquanto o rCB2 está normalmente expresso em órgãos periféricos com função imunológica, pulmão, testículos e SNC (DHEIN, 2020).

Os ligantes canabinoides, como endocanabinoide, fitocanabinoide e sintéticos, apresentam diferentes afinidades por rCB1 e rCB2 (BURGGREN, *et al.*, 2019; DHEIN, 2020). Assim, atuam em mecanismos imunológicos, reação de recompensa, controle do apetite e

desenvolvimento de doenças, como esquizofrenia, diabetes, fibrose hepática e processo aterosclerótico, no qual rCB2 é visto como fator protetivo (DHEIN, 2020).

As ações biológicas do canabinoide resultam da proporção entre TCH e CBD, da quantidade e do tempo de exposição, prevalecendo efeitos neuropáticos mediados por rCB1 ou terapêuticos mediados por rCB2, respectivamente (LEVINE, *et al.*, 2017; MERUELO, *et al.*, 2017; BURGGREN, *et al.*, 2019). Desse modo, o uso crônico está relacionado a distúrbios do sistema endocanabinoide, visto pela redução de anandamida, ligante endógeno associado à felicidade, e redução de rCB1 (VOLKOW, *et al.*, 2016).

O objetivo deste estudo foi compreender as benesses e os prejuízos neuropsicomotores secundários ao uso de cannabis por adolescentes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de dezembro de 2021 a janeiro de 2022, por meio de pesquisas na base de dados: PubMed. Foram utilizados os descritores: “cannabis” e “*brain development*”. Desta busca foram encontrados 309 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2016 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, meta-análise e relato ou série de caso, 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 10 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em

categorias temáticas abordando: alterações morfofuncionais e neurológicas com o uso do cannabis por crianças e adolescentes, utilidades medicinais do cannabis e associações com transtornos psiquiátricos, com base na âncora teórica sobre as potenciais implicações com a legalização inadvertida da maconha em países como o Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso de cannabis durante a fase de neuroadaptação da adolescência leva à desmielinização ou ao dano axonal e, conseqüentemente, à atrofia de regiões cerebrais com maiores densidades de rCB1 (BURGGREN, *et al.*, 2019). Segundo Burggren *et al.*, a atrofia hipocampal, área cortical relacionada a memória e comportamento, observada em jovens com 14 anos e elevada carga de cannabis se mantém por cerca de 6 meses de abstinência (BURGGREN, *et al.*, 2019). Ademais, a redução volumétrica de substância cinzenta potencializada pelo cannabis e relacionada a esquizofrenia precoce envolve áreas como pré-frontal, temporal médio, amígdala e giro do cíngulo posterior (VOLKOW, *et al.*, 2016; MERUELO, *et al.*, 2017; HASAN *et al.*, 2019; BURGGREN, *et al.*, 2019).

Embora haja redução global na espessura e superfície cortical entre usuários com idade entre 13 e 19 anos (LEVINE, *et al.*, 2017; JACABU, *et al.*, 2019), o consumo contínuo de cannabis até os 20 anos está associada à maior espessura das regiões frontal e parietal bilateralmente e do córtex entorrinal esquerdo de maneira dose dependente (MERUELO, *et al.*, 2017; JACABU, *et al.*, 2019). Achados do Meruelo *et al.* Contradizem os dos Burggren *et al.* e HASAN *et al.* ao afirmar que o cerebelo, assim como núcleo estriado, sofrem aumento de volume. Desse modo, essas alterações morfológicas significativas resultam no prejuízo da

conectividade neuronal e desencadeiam as manifestações agudas e crônicas do uso da cannabis por jovens (VOLKOW, *et al.*, 2016).

Dentre os principais sintomas agudos do uso da cannabis, destaca-se a redução da conectividade funcional do lobo frontal durante realização de tarefas. Esse fenômeno resulta do aumento da liberação de dopamina na região estriada e conseguinte redução dos receptores dopaminérgicos classe 2 (rD2) no cérebro (CAMCHONG, *et al.*, 2017). Em contrapartida, os clássicos efeitos deletérios relacionados à cannabis surgem pela diminuição da atividade funcional entre córtex cingulado anteroinferior e córtices orbitofrontal e dorsolateral (CAMCHONG, *et al.*, 2017). Assim como reduzida conectividade funcional inter-hemisférica no cerebelo e no giro frontal superior. Outras vias neurais afetadas são frontoparietal e frontocefalar direitas (CAMCHONG, *et al.*, 2017).

Por sua vez, as manifestações crônicas típicas são aumento de impulsividade e déficit na velocidade de processamento e função executiva, que podem durar por até 3 anos (LEVINE, *et al.*, 2017; MERUELO, *et al.*, 2017). Além disso, a cannabis causa lentificação do aprendizado verbal e da memória de trabalho, devido à hiporreatividade a estimulação dopaminérgica, que induz à negatividade emocional (VOLKOW, *et al.*, 2016; MERUELO, *et al.*, 2017). O mecanismo relacionado a essa alteração funcional corresponde à distúrbio na conectividade do núcleo accumbens ao córtex pré-frontal medial e remodelação do circuito neuronal de recompensa (BURGGREN, *et al.*, 2019). Enquanto isso, há maior ativação neuronal no tronco encefálico e no tálamo lateral em usuários de cannabis, tornando-os dependentes do consumo para obtenção de dopamina necessária para regulação cortical (MERUELO, *et al.*, 2017; BURGGREN, *et al.*, 2019; HASAN *et al.*, 2019).

Embora seja conhecido pelos efeitos psicoativos apreciados por jovens e pela forte associação com depressão e esquizofrenia (HASAN *et al.*, 2019), o THC ativa a transmissão mesolímbica dopaminérgica via receptor opioide mu1 útil para controle do apetite, da nocicepção e do vômito induzido por quimioterapia (LEVINE, *et al.*, 2017; BURGGREN, *et al.*, 2019).

Já o CBD purificado é ressaltado pelas propriedades terapêuticas anticonvulsivante, analgésica, antiemética e orexígena aplicadas em tratamento de síndromes depressivas, epiléticas, degenerativas e psiquiátricas (BURGGREN, *et al.*, 2019; ARZIMANOGLU, *et al.*, 2020). Sendo que os principais efeitos adversos relacionados ao CBD purificado são sonolência, hiporexia, pirexia, diarreia e aumento de transaminases, sintomas de fácil manejo (ARZIMANOGLU, *et al.*, 2020). Além disso, em estudo pré-clínico, tem sido avaliado o papel do CBD na recuperação de disfunção cognitiva em indivíduos com esquizofrenia (BURGGREN, *et al.*, 2019).

Comparativamente, a cannabis é menos prejudicial que outras drogas recreativas como álcool e tabaco quando usada após a neuromaturação (LEVINE, *et al.*, 2017; SMITH, *et al.*, 2020). Ademais, o uso precoce da maconha contribui para a abstinência de adolescentes à nicotina e outras drogas abusivas com efeito também dopaminérgico (LEVINE, *et al.*, 2017). Contudo, esse fato não deve ser visto isoladamente, pois além dos riscos inerentes ao cannabis e predisposições genéticas, pode haver potencialização dos efeitos nocivos à maturação neuronal com uso de drogas legalizadas como álcool (MERUELO, *et al.*, 2017).

Ainda que o THC da cannabis seja um forte desencadeador de eventos psicóticos como a esquizofrenia, os indivíduos têm diferentes graus de vulnerabilidade genética como polimorfismos nos genes AKT1, COMT, BDNF79,

DRD2 e NRG180 (VOLKOW, *et al.*, 2016; LEVINE, *et al.*, 2017; HASAN *et al.*, 2019). Dependendo da carga genética associada a fatores pré gestacionais e sociais, como exposição precoce ao cannabis, que podem modificar a metilação do DNA, o risco de desenvolver transtornos comportamentais e psiquiátricos aumenta em 2 a 7 vezes (SMITH, *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Desse modo, é visto que a cannabis possui diversas finalidades, desde recreativa pelos efeitos alucinógenos à medicinal como anticon-

vulsivante. Todavia, a erva deve ser devidamente purificada para que haja proporção adequada entre canabidiol e tetrahydrocannabinol, ligantes dos receptores canabinoides pertencentes ao sistema endocanabinoide. Ademais, o uso de cannabis por adolescentes deve ser evitado, tendo em vista os efeitos deletérios agudos e crônicos, persistentes após abstinência, assim como a precipitação de transtornos psiquiátricos em indivíduos em maturação neurológica com predisposição genética. Portanto, entidades políticas e fiscais devem se embasar nas evidências científicas para guiar o uso adequado do cannabis pela população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARZIMANOGLU A., *et al.* The cannabinoids international experts panel; collaborators. epilepsy and cannabidiol: a guide to treatment. *Epileptic Disorders*, v. 22, n. 1., p. 1, Feb 2020.

BURGGREN, A. C., *et al.* Cannabis effects on brain structure, function, and cognition: considerations for medical uses of cannabis and its derivatives. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, v. 45, n. 6, p. 563, Jul 2019.

CAMCHONG J., *et al.* Adverse effects of cannabis on adolescent brain development: a longitudinal study. *Cerebral Cortex*, v. 27, n. 3, p. 1922, Mar 2017.

DHEIN S. Different effects of cannabis abuse on adolescent and adult brain. *Pharmacology*, v. 105, n. 11-12, p. 609-617, Jul 2020.

HASAN A., *et al.* Cannabis use and psychosis: a review of reviews. [European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience](#), v. 270, n. 4, p. 403, Jun 2020.

JACABUS J., *et al.* Cannabis and the developing brain: What does the evidence say? *Birth Defects Research*, v. 111, n. 17, p. 1302, Oct 2019.

LEVINE A., *et al.* Evidence for the risks and consequences of adolescent cannabis exposure. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 56, n. 3, p. 214, Mar 2017.

MERUELO, A. D., *et al.* Cannabis and alcohol use, and the developing brain. *Behavioural Brain Research*, v. 325, pt. A, p. 44, May 2017.

SMITH A., *et al.* Cannabis exposure during critical windows of development: epigenetic and molecular pathways implicated in neuropsychiatric disease. [Current Environmental Health Reports](#), v. 7, n. 3, p.325, Sep 2020.

VOLKOW, N. D., *et al.* Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: a review. *JAMA Psychiatry*, v. 73, n. 3, p. 292, Mar 2016.

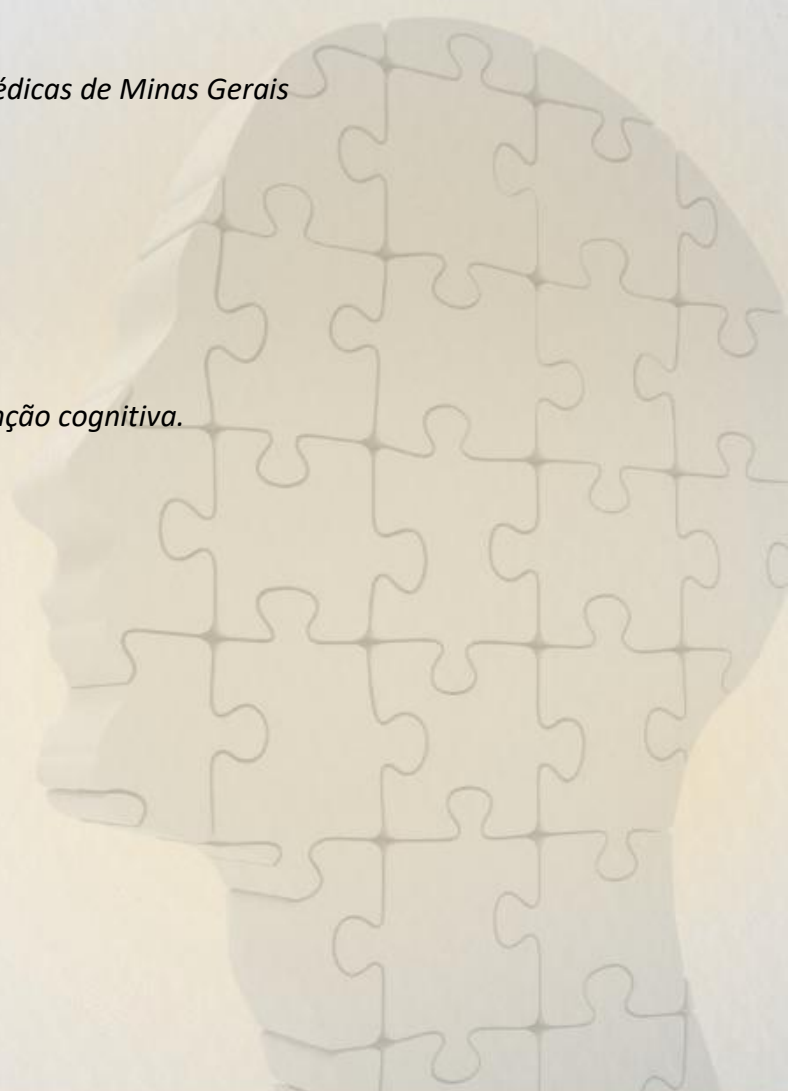
Capítulo 10

DA ESQUIZOFRENIA AO DECLÍNIO COGNITIVO E DEMÊNCIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

MARIANA LAUAR SARMENTO VAZ GONÇALVES¹
MATHEUS ARAÚJO CASTRO¹

¹*Discente de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais*

Palavras-chave: Esquizofrenia; Demência; Disfunção cognitiva.



INTRODUÇÃO

A esquizofrenia pode ser definida como uma psicose crônica idiopática, de origem multifatorial, mais predominante em homens até os 50 anos e em mulheres após essa idade, cujos primeiros sintomas geralmente ocorrem durante a adolescência e início da vida adulta (SILVA, 2006). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde coletados em vários países, a doença já possui prevalência global de 1%, o que reflete sua importância no cenário médico atual (HANY *et al.*, 2021).

A patologia em questão se manifesta clinicamente em fases intercaladas de sintomas positivos, caracterizados por delírios, alucinações, desorganização do pensamento, desorganização do comportamento e distúrbios de associação, e de sintomas negativos, como afeto embotado, hipopraxia, hipobulia, redução das expressões emocionais, diminuição dos comportamentos direcionados a metas, comprometimento da atenção e menor interação social. O diagnóstico da doença é eminentemente clínico e deve ser feito o mais precocemente possível para permitir intervenções que visem impedir a progressão de declínios cognitivos que o paciente possa apresentar (CAMPOS, 2010).

Diversos estudos sugerem que a esquizofrenia resulta de alterações em mecanismos relacionados a determinados neurotransmissores, mais especificamente, resulta de uma hiperatividade dopaminérgica, serotoninérgica e alfa-adrenérgica ou de uma hipoatividade glutamínérgica e gabaérgica. Sabe-se que fatores genéticos propiciam o desenvolvimento da doença, mas também existe uma forte influência de fatores ambientais nesse processo. Desse modo, fatores como desenvolvimento fetal anormal, baixo peso ao nascer, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, deficiência de vitamina D, entre outros, propiciam o desenvolvimento da esquizofrenia. Sabe-se também que mais da metade dos

pacientes com a doença apresentam outras comorbidades psiquiátricas e médicas significantes, o que torna o manejo dessa patologia ainda mais complexo (HANY *et al.*, 2021).

Atualmente, tem-se discutido a possibilidade de existir uma relação direta entre o declínio cognitivo causado pela esquizofrenia e o desenvolvimento da demência, o que indicaria que os pacientes esquizofrênicos apresentam maior risco de desenvolver quadros demenciais do que a população geral (SANTOS *et al.*, 2020).

Entende-se a demência como uma entidade nosológica caracterizada pela perda progressiva de habilidades cognitivas e funcionais associada a distúrbios comportamentais, sendo que pode ter seu desenvolvimento facilitado por doenças de base, como é o caso das doenças mentais (SANTOS *et al.*, 2020). O diagnóstico do quadro demencial é pautado na identificação de processos de declínio de memória associados a déficits de funções cognitivas, como déficits de linguagem e de funções executivas, que acabam impactando na vida social e profissional do paciente. A existência de tais déficits pode ser identificada usando questionários de avaliação funcional dentre outros testes, como o mini-exame do estado mental associado ao de desenho do relógio e de memória, que possibilitam avaliar o funcionamento cognitivo do paciente de forma mais fidedigna. Além disso, é sempre importante que o paciente seja submetido a uma avaliação neurológica para realização de diagnósticos diferenciais ao de demência (CAMELLI; BARBOSA, 2002).

Como é possível perceber, tanto a demência quanto a esquizofrenia apresentam o declínio cognitivo como ponto de intercessão, o que poderia justificar a existência de uma possível relação entre ambas. Segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde, cerca de 35 milhões de pessoas apresentavam algum

grau de demência em 2012, sendo que a tendência é que esse número triplique até 2050, chegando a 115 milhões (SANTOS *et al.*, 2020). Desse modo, tendo em vista a elevada prevalência da demência e da esquizofrenia na população mundial, é essencial estudos que procurem estabelecer uma relação entre essas doenças, possibilitando com que ambas sejam melhor compreendidas e que intervenções sejam propostas para minimizar os riscos potencialmente significativos de que pacientes com esquizofrenia venham a desenvolver demência.

O objetivo do estudo realizado para a elaboração desse capítulo de livro foi explorar e exibir as evidências atuais que apontam para a existência de um risco aumentado de desenvolvimento de demência em pacientes com esquizofrenia. Além disso, tal capítulo se propõe a reforçar a importância de ambas essas doenças, assim como de explorar alguns aspectos clínicos e fisiopatológicos dessas.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de Novembro de 2021 à Janeiro de 2022 por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed, SciELO e Scopus. Foram utilizados os descritores *esquizofrenia*, *demência* e *disfunção cognitiva*. Desta busca foram encontrados 26 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram artigos nos idiomas inglês e português publicados no período de 2002 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, sendo esses estudos tanto do tipo revisão quanto meta-análise, 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 16 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva e divididos em categorias temáticas abordando a relação entre o declínio cognitivo da esquizofrenia com o desenvolvimento de demência, aspectos epidemiológicos comuns entre a esquizofrenia e a demência, a relação entre comorbidades crônicas típicas da esquizofrenia no desenvolvimento da demência, a influência do uso de antipsicóticos e drogas anti-demência no desenvolvimento e curso da esquizofrenia e de quadros demenciais, mecanismos celulares que podem justificar o maior risco de demência em esquizofrênicos, achados anatômicos comuns entre demência e esquizofrenia, a relação da esquizofrenia com distúrbios demenciais primários e estratégias de tratamento para a quadros demenciais e esquizofrenia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia da associação entre demência e esquizofrenia

De forma geral, grande parte dos pacientes com esquizofrenia irá apresentar algum grau de declínio cognitivo com o avançar da idade, sendo esse tipo de complicação mais comum em mulheres, em pacientes com maior tempo de exposição à doença e com maior duração da fase de sintomas positivos. Especula-se fortemente que tal declínio pode ser acompanhado por um aumento do risco de desenvolvimento de quadros de demência. Em consonância com tal hipótese, o estudo de coorte retrospectivo realizado por Stroup *et al* (2021) encontrou que a prevalência de demência aos 66 anos de idade foi de 27,9% em pacientes com esquizofrenia e de 1,3% no grupo sem doença mental severa. Já aos 80 anos de idade, essa prevalência subiu para 70,3% e 11,3% respectivamente, mostrando que de fato existe uma prevalência maior

da demência em esquizofrênicos (STROUP *et al.*, 2021).

Um estudo realizado por Cai e Huang (2018) teve como resultado que o risco relativo de demência é maior em mulheres do que em homens, o que também é uma realidade em se tratando da prevalência de esquizofrenia entre os sexos após os 50 anos de idade. No caso da demência, essa prevalência aumentada se deve possivelmente a quatro principais motivos, sendo os dois primeiros a maior expectativa de vida e consequente solidão das mulheres e a queda dos níveis de estrógeno após a menopausa, o que leva a mudanças nas funções cerebrais. Ademais, a ligação da apolipoproteína E4 (APOE4) é mais intensa em mulheres do que em homens, sendo o alelo dessa apolipoproteína o fator de risco mais dominante para demência. Em última instância as mulheres são mais sujeitas a alterações de humor, insônia, irritabilidade, ansiedade e depressão, que afetam a função cerebral, podendo acelerar a progressão da demência (CAI; HUANG, 2018).

Além disso, uma metanálise por Irani *et al.* (2010) demonstrou que os principais fatores relacionados ao desenvolvimento de demência em adultos com esquizofrenia incluem gênero feminino, idade mais avançada, início precoce da doença e maior intensidade de sintomas positivos e negativos (IRANI *et al.*, 2010).

Mecanismos bioquímicos e celulares

Em um estudo conduzido por Lin *et al.* (2018) são propostas algumas explicações para o aumento do risco de demência em indivíduos com esquizofrenia, sendo que essas defendem que as disfunções mitocondriais e o estresse oxidativo resultantes da esquizofrenia podem gerar certos déficits cognitivos que predispõem ao surgimento de quadros demenciais. Seguindo essa linha de pensamento, acredita-se que o estresse oxidativo mencionado atua nos constituintes celulares do organismo, como

DNA e RNA, ativando vias de sinalização de danos ao DNA e acelerando a erosão do telômero, consequentemente provocando um processo de neurodegeneração e envelhecimento celular precoce que facilita o surgimento da demência (LIN *et al.*, 2018).

Associação com doenças crônicas e medicamentos

Atualmente, sabe-se que os pacientes com esquizofrenia podem apresentar maior predisposição a desenvolver diversas condições crônicas já tidas, com respaldo na literatura, como fatores de risco para demência, como abuso de substâncias psicoativas, doença cerebrovascular, fibrilação ou flutter atrial, doença vascular periférica, diabetes mellitus, doença cardíaca isquêmica e insuficiência cardíaca congestiva. Desse modo, o risco aumentado de desenvolver essas condições, intrínseco à esquizofrenia, aumentaria em tese o risco de desenvolvimento de demência (CAI; HUANG, 2018). Um estudo de coorte conduzido por Ribe *et al.* (2015) em cidadãos dinamarqueses de 1995 a 2013 chegou a essa mesma conclusão ao notar a maior prevalência da demência em pacientes esquizofrênicos que possuíam diabetes mellitus, fibrilação ou flutter atrial e doença cerebrovascular em uma proporção maior que a da população geral, sendo esses fatores de risco já bem estabelecidos para quadros demenciais (RIBE *et al.*, 2015).

Além disso, na literatura existem evidências que sugerem que o uso de antipsicóticos, que constituem o pilar do tratamento da esquizofrenia, podem aumentar o risco de demência, o que pode gerar um grande dilema no que tange o tratamento de pacientes esquizofrênicos (CAI; HUANG, 2018). Um estudo conduzido por Lin *et al.* (2018) menciona que embora esse malefício ainda seja controverso, existe um consenso de que os antipsicóticos de fato não trazem nenhum benefício à cognição. Menciona-se ainda

que os antipsicóticos atípicos apresentam menor impacto negativo sobre a cognição ao longo do tratamento da esquizofrenia quando comparados aos típicos, sendo esse um atributo notável (LIN *et al.*, 2018).

Em oposição ao efeito dos antipsicóticos no desenvolvimento da demência, sabe-se que o uso de certas drogas anti-demência minimiza os sintomas da esquizofrenia. No estudo realizado por Choi *et al* (2013), pacientes com esquizofrenia em tratamento com antipsicóticos apresentaram melhora dos sintomas gerais e negativos da doença ao receberem um aumento da dose de inibidores da colinesterase combinados (donepezil, galantamina e rivastigmina), drogas tipicamente usadas no tratamento da demência. Esse mesmo estudo mostrou que mesmo com o aumento da dose, os pacientes não apresentaram melhora do comprometimento cognitivo, o que talvez tenha ocorrido devido à permanência do uso dos antipsicóticos (CHOI *et al.*, 2013).

Associação com distúrbios psiquiátricos primários

Um estudo conduzido por Douaud *et al.* (2014) menciona que a decomposição da substância branca cerebral observada em ressonâncias magnéticas com tactografia marca o padrão de anormalidade esperado nos quadros de demência (DOUAUD *et al.*, 2014). Essa, dentre outras anormalidades macroestruturais observadas em ressonâncias magnéticas cerebrais podem se apresentar de forma semelhante tanto na esquizofrenia quanto na Doença de Alzheimer, patologia tipicamente associada ao desenvolvimento de quadros de demência, revelando uma conexão entre esses dois distúrbios. Isso reforça a existência de uma possível relação entre o aumento de risco de desenvolvimento de demência em indivíduos com esquizofrenia (RIBE *et al.*, 2015).

Com relação à sobreposição de quadros demenciais e sintomas psicóticos com surgimento após os 60 anos de idade, o estudo de Belbeze e Gallarda (2020) chama atenção para duas possibilidades: de etiologia psiquiátrica primária (definida como *very-late-onset schizophrenia-like psychosis* - corresponde a aproximadamente 40% dos casos) ou de etiologia neurodegenerativa (associada a doença de Alzheimer ou a demência por corpos de Lewy). A diferenciação entre ambos, bem como o esclarecimento dos mecanismos envolvidos nessa associação teriam importante valor prognóstico, e talvez permitiriam utilizar a presença de sintomas psicóticos como marcador preditivo do surgimento de demência nessa faixa etária (BELBEZE & GALLARDA, 2020).

Os mecanismos possivelmente associados ao desenvolvimento de sintomas psicóticos nessa idade são descritos atualmente por três diferentes hipóteses. Segundo a primeira, os sintomas psicóticos são decorrentes da deterioração cognitiva causada pela demência e, conforme a segunda, os sintomas psicóticos em idosos são psicogênicos, e se adaptam à deterioração cognitiva. Já a última hipótese alega que os sintomas psicóticos são decorrentes de deterioração neurológica, de forma distinta à demência, e se desenvolvem juntamente a ela. A similaridade do quadro nessa faixa etária em relação à esquizofrenia juvenil sugere que seu neurodesenvolvimento se inicia cedo, porém se mantém lento até se associar ao envelhecimento cerebral (BELBEZE & GALLARDA, 2020).

Estratégias de tratamento

Como descrito por Choi *et al.* (2013), o uso de terapia combinada com antipsicóticos e medicamentos inibidores da acetilcolinesterase demonstrou melhora no aprendizado verbal, espacial e memória dos pacientes com esquizofrenia. É importante também avaliar as outras me-

dicações utilizadas pelo paciente, e trocar aquelas que causem efeitos anticolinérgicos por outras alternativas (CHOI *et al.*, 2013).

Os agonistas glutamatérgicos demonstraram melhora dos sintomas negativos da psicose, e os agonistas serotoninérgicos melhoraram sintomas positivos; entretanto, nenhuma das duas classes apresentou efeito relevante sobre a cognição (MURANTE & COHEN, 2017). Outra alternativa seria a memantina, medicamento comumente utilizado na doença de Alzheimer, que demonstrou efeitos positivos sobre funções cognitivas em uma metanálise envolvendo pacientes com esquizofrenia (KISHI & IWATA, 2013).

Como método não farmacológico, a psicoterapia de abordagem híbrida (que combina terapia neurocognitiva com resolução de problemas e habilidades sociais) demonstrou maior efeito em cognição global e funcionamento social em relação a abordagens psicoterápicas mais simples (MUELLER *et al.*, 2013).

CONCLUSÃO

A esquizofrenia é uma psicose crônica idiopática caracterizada por fases intercaladas de sintomas positivos (exemplos: delírios, alucinações) e negativos (exemplos: afeto embotado, hipobulia), e a demência é caracterizada pela perda progressiva de habilidades cognitivas e funcionais associada a distúrbios comportamentais. Ambas apresentam o declínio cognitivo como evolução em comum, o que pode indicar a existência de uma relação entre elas; um coorte retrospectivo por Stroup *et al.* (2021) encontrou que a prevalência de demência aos 66 anos de idade foi de 27,9% em pacientes com esquizofrenia e 1,3% no grupo sem doença mental severa.

Os principais fatores que predispoem o aparecimento de demência em pacientes com esquizofrenia incluem gênero feminino, idade

mais avançada, maior intensidade de sintomas positivos e negativos, maior tempo de exposição à doença e seu início precoce. Além disso, diversas condições crônicas são fatores de risco para o desenvolvimento de demência, como abuso de substâncias psicoativas, doença cerebrovascular, diabetes mellitus, dentre outras; há evidências de que a esquizofrenia possa predispor ao aparecimento desses fatores, mas há necessidade de mais estudos que comprovem uma relação mais direta entre as duas entidades.

Foram encontradas anormalidades estruturais semelhantes em ressonâncias magnéticas cerebrais de pacientes com esquizofrenia e pacientes com doença de Alzheimer, revelando uma possível conexão entre os distúrbios. Além disso, o aparecimento de sintomas psicóticos em pacientes com distúrbios demenciais primários pode ser decorrente do declínio cognitivo em si, ou de uma deterioração neurológica que age como via comum entre os dois distúrbios. Essas hipóteses ainda são muito discutidas, e são necessários novos estudos para a comprovação desses mecanismos de desenvolvimento de demência e deterioração cognitiva.

Em relação ao tratamento farmacológico, a terapia combinada de antipsicóticos e inibidores da acetilcolinesterase demonstrou eficácia na redução do declínio cognitivo causado pela demência, com preferência pelo uso de antipsicóticos atípicos em detrimento aos típicos. Outra opção que apresentou eficácia sobre funções cognitivas é a memantina, e são necessários mais estudos envolvendo outras classes de medicamentos para comprovar seu efeito sobre a cognição nos pacientes portadores de esquizofrenia. Por fim, a psicoterapia híbrida com desenvolvimento de habilidades sociais é um método não-farmacológico adequado, que apresentou avanços importantes em cognição global nos pacientes avaliados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BELBEZE, Jean; GALLARDA, Thierry. Very-late-onset psychotic symptoms: psychosis or dementia? a phenomenological approach. a systematic review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, [s. l], v. 18, n. 1, p. 77, 2020.
- CAI, Laisheng; HUANG, Jingwei. Schizophrenia and risk of dementia: a meta-analysis study. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, [s. l], v. 14, n. 1, p. 2047, 2018.
- CAMPOS, Murillo de. O grupo das esquizofrenias ou demência precoce: relatório apresentado ao III Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiátrica e Medicina Legal. Rio de Janeiro. Julho de 1929. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. v. 17, suppl 2, pp. 709, 2010.
- CARAMELLI, P. & BARBOSA, M.T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Brazilian Journal Of Psychiatry*, [s. l], v. 24, n. 1, p. 7, 2002.
- CHOI, Kee-Hong *et al.* Adjunctive pharmacotherapy for cognitive deficits in schizophrenia: meta-analytical investigation of efficacy. *British Journal Of Psychiatry*, [s. l], v. 203, n. 3, p. 172-178, 2013.
- DOUAUD, Gwenaëlle *et al.* A common brain network links development, aging, and vulnerability to disease. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences Of The United States Of America*, [s. l], v. 111, n. 49, p. 17648, 2014.
- HANY, Manassa *et al.* Schizophrenia. In: . StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Statpearls Publishing, p. 1-7. 2021.
- IRANI, Farzin *et al.* Neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: a meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Schizophrenia Bulletin*, [s. l], v. 37, n. 6, p. 1318, 2010.
- KISHI, Taro; IWATA, Nakao. NMDA receptor antagonists interventions in schizophrenia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Journal Of Psychiatric Research*, [s. l], v. 47, n. 9, p. 1143, 2013.
- LIN, Ching-En *et al.* Increased risk of dementia in patients with Schizophrenia: increased risk of dementia in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, [s. l], v. 53, p. 7, 2018.
- MUELLER, Daniel R *et al.* Integrated psychological therapy: effectiveness in schizophrenia inpatient settings related to patients' age. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, [s. l], v. 21, n. 3, p. 231, 2013.
- MURANTE, Tessa; COHEN, Carl I.. Cognitive Functioning in Older Adults With Schizophrenia. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, [s. l], v. 15, n. 1, p. 26, 2017.
- RIBE, Anette Riisgaard *et al.* Long-term Risk of Dementia in Persons With Schizophrenia: a danish population-based cohort study. *Jama Psychiatry*, [s. l], v. 72, n. 11, p. 1095, 2015.
- SANTOS, Camila de Souza dos *et al.* Fatores associados à demência em idosos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l], v. 25, n. 2, p. 603, 2020.
- SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, [s. l], v. 17, n. 4, p. 263, 2006.
- STROUP, T Scott *et al.* Age-Specific Prevalence and Incidence of Dementia Diagnoses Among Older US Adults With Schizophrenia. *Jama Psychiatry*, [s. l], v. 78, n. 6, p. 632, 2021.

Capítulo 11

TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

LARYSSA ALMEIDA BARROS ALVES¹
VITÓRIA MENDONÇA RODRIGUES¹
LYZANDRA ALMEIDA BARROS ALVES¹
MARIA CLARA AFONSO FERREIRA¹
DÉBORAH CRISTINY DE OLIVEIRA DRAGALZEV¹
BEATRIZ DA CUNHA BENTO¹
GUILHERME OLIVEIRA FARIA¹
YOHANNA COSTA ARAUJO¹
KÉSIA EDUARDA DUARTE OLIVEIRA¹
LUANA BURKHARDT RADIN¹
GUILHERME ROCHA RODRIGUES²

1Discente - Medicina do Centro Universitário de Goiatuba (UniCerrado).

2Discente – Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV).

Palavras-chave: Transtorno bipolar; Crianças; Adolescentes.

INTRODUÇÃO

Os transtornos de humor são responsáveis por englobar um grupo vasto de desarranjos emocionais em que o quadro clínico é dominado pelo humor patológico e perturbações associadas. Eles são considerados como síndromes, em vez de doenças, consistindo em sinais e sintomas persistentes por semanas ou meses, representando um desvio visível do desempenho habitual do indivíduo que inflige diretamente em suas capacidades de resolução de conflitos e na correspondência de manifestações de sentimentos associados a situações (SADOCK *apud* MAINARDES *et al.*, 2011).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSMIV, o Transtorno Bipolar (TB) consiste em uma forma de inconsistência de humor pela variação extrema, oscilando entre uma fase maníaca ou hipomaníaca, hiperatividade e grande imaginação, e uma fase de depressão, inibição e lentidão para a concepção e realização de ideias e também ansiedade ou tristeza. Desse modo, ele também é caracterizado por episódios de alteração do humor que possui um difícil controle, têm se a depressão ou mania (bipolar I) e a depressão e hipomania (bipolar II).

Nesse sentido, o reconhecimento de TB em crianças e adolescentes têm aumentado acentuadamente, de tal forma que o TB pediátrico acomete cerca de 1-2% das crianças (WOZNIAK *et al.*, *apud* GIANOTT e NUNES, 2019). Nessa faixa etária o transtorno costuma se apresentar de maneira atípica, como um humor irritável com “tempestades afetivas”, sendo mais frequente, ou como euforia.

O desenvolvimento do transtorno mostra-se mais crônico do que episódico nessa idade e sintomas mistos com depressão e mania são recorrentes. Existe uma dificuldade em diagnosticar crianças e adolescentes com o TB e,

associado à isso, há um vasto número de diagnósticos errôneos de depressão em crianças e adolescentes (DILER *et al.*, *apud* GIANOTT & NUNES, 2019). Tendo em vista que isso se deve, majoritariamente, a dificuldade em haver estudos com crianças e ao diagnóstico de crianças e adolescentes se basearem aos achados de estudos feitos em adultos, sem levar em consideração as diferenças dos quadros de TB em adultos e crianças (POST *et al.*, *apud* GIANOTT & NUNES, 2019). Nesse sentido, o tratamento é postergado devido à falha diagnóstica e o quadro clínico do paciente se agrava e torna a terapêutica mais difícil.

Dessa forma, o objetivo da pesquisa está em como o TB na infância e na adolescência é descrito na literatura e de que forma proceder desde o início da suspeita diagnóstica até o firmamento diagnóstico e sua terapêutica personalizada devido as diferenças de idades e sintomatologia dos pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no mês de janeiro do ano de 2022, proporcionando avaliação crítica e síntese de evidências por meio de uma busca nas bases indexadas de dados do SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), PubMed e Google Acadêmico, utilizando os descritores “transtorno bipolar” e “transtorno bipolar na infância e na adolescência”.

Para a realização do presente estudo foi seguida uma ordem de etapas: primeiramente foi feita a definição do tema da pesquisa e elaboração da questão de pesquisa; elaboração dos critérios de elegibilidade, inclusão e exclusão dos estudos; definição dos descritores utilizados, busca na literatura e coleta minuciosa de dados; análise crítica dos estudos que atenderam os critérios de inclusão, discussão dos

resultados e por último, a apresentação da síntese da revisão.

Para direcionar a construção desse trabalho delineou-se como questão norteadora: O que a literatura aborda sobre o TB na infância e na adolescência e quais as definições e características desse transtorno nessa faixa etária?

Os critérios definidos para inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês publicados no período de 2003 até 2021, disponíveis na íntegra e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, além de teses e dissertações relacionadas ao tema proposto. Os artigos recentes avaliados foram utilizados para conceitos específicos e atuais, enquanto os artigos antigos serviram para apontar um breve contexto histórico sobre a temática. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a passagem pelos critérios de seleção os artigos que restaram foram submetidos a uma leitura minuciosa para a realização da coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: fisiopatologia, genética do TB, apresentação clínica, diagnóstico, comorbidades, papel do médico psiquiatra, tratamento não farmacológico, abordagem familiar e estigmatização.

É importante mencionar que, quanto aos aspectos éticos, por se tratar de um estudo de revisão, não foi necessário o encaminhamento e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, foram respeitados todos os preceitos éticos relacionados e foram garantidos os direitos autorais das obras utilizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia

As bases fisiopatológicas do TB são complexas e apresentam origem multifatorial (CASTANHOLA & PAPA, 2021). Além disso, ainda não é possível traçar relações exatas de causa-efeito no que tange essa patologia (MAGALHÃES *et al.*, 2012). Assim, várias são as vias estudadas para o seu entendimento fisiopatológico, essas estão relacionadas, principalmente, à alterações de aspectos genéticos e neurobiológicos envolvendo mecanismos associados ao estresse oxidativo, neurotransmissores, neurotrofinas e inflamação (KAPCZINSKI & QUEVEDO, 2016).

O TB é derivado de diferentes perfis de combinação genética com presença de genes protetores/ preventivos e genes de risco para o estabelecimento do transtorno (BERÇOT, 2018). Os genes que são mais descritos em estudos recentes e, por isso, apresentam maior importância são os CACNA1C, ANK3 e ODZ4 (BERÇOT & LIMA, *apud* TOMA, 2018).

Por definição, o estresse oxidativo é causado pelo desequilíbrio entre as moléculas pró-oxidantes e antioxidantes, comumente associado a danos celulares (MAGALHÃES *et al.*, 2012). No que tange o TB, evidências sugerem que esse estresse esteja envolvido em sua fisiopatologia, assim como fundamentais na progressão do TB (KAPCZINSKI & QUEVEDO, 2016).

Alterações nos neurotransmissores são vinculadas na fisiopatologia da TB, principalmente os sistemas dopaminérgico e glutamatérgico. Em ambos os sistemas considera-se que sua maior atividade está associada ao desenvolvimento de sintomas maníacos e sua menor com os episódios de depressão (KAPCZINSKI *et al.*, 2004).

Neurotrofinas compreende a uma classe de proteínas fundamentais na sobrevivência, cres-

cimento e plasticidade das células neuronais (KAPCZINSKI & QUEVEDO, 2016). São identificados quatro membros principais dessa família: BDNF, NGF, NT3 e NT4, porém o primeiro é o mais amplamente estudado e associado ao TB (MAGALHÃES *et al.*, 2012). Em regra geral, a diminuição sérica do BDNF é prejudicial e está relacionado com prejuízos cognitivos e progressão do transtorno (KAPCZINSKI & QUEVEDO, 2016).

A inflamação representa outro componente que relaciona vias disfuncionais e mortalidade precoce ao TB (MAGALHÃES *et al.*, 2012). De modo geral, sugerem um aumento nos níveis de citocinas como a interleucina (IL-6) e o fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) durante os episódios de mania e depressão (KAPCZINSKI & QUEVEDO, 2016).

Genética do TB

O TB é caracterizado no paciente na mudança de seu humor, muitas vezes, alternando de forma muito rápida e drástica, assim o indivíduo apresenta algumas formas de comportamento bastante específicas, como manias, hipomania e depressão. Dessa maneira, em alguns casos, mais graves, pode levar ao suicídio por exemplo. Sob essa óptica, destaca-se que essa enfermidade acomete cerca de 1% a 4% da população mundial (MENEZES, 2018).

Nessa perspectiva, na área da genética, foram feitas inúmeras pesquisas diante dessa temática da saúde mental em um público alvo específico de crianças e adolescentes, os quais demonstram uma das etapas mais importantes da vida com o aprimoramento de suas habilidades e no seu crescimento físico e intelectual, porém é necessário estabelecer uma relação com os adultos e isso tem se tornado um empecilho frente a sociedade contemporânea, principalmente, quando se trata de como é abordado esse tema.

Nas últimas décadas do século XXI, essas relações podem ser compreendidas pelas condições objetivas da cultura na qual esses sujeitos se encaixam, assim as condições históricas, políticas e econômicas interferem no desenvolvimento da infância e, por consequência na adolescência e na vida adulta, logo, esse indivíduo e a sociedade estão conectados (SALLES, 2005).

Diante disso, no contexto em que essas pessoas são inseridas é abordado o TB, essencialmente, na área da infância. Assim, se trata de um alto grau de mecanismos complexos de transmissão de muitos genes que são diretamente diferentes entre si demonstrando o poder de serem chamados de múltiplos.

Nesse sentido, com o passar das décadas, o avanço tecnológico na área de pesquisa desse assunto foi fundamental para a tentativa de identificação de alguns genes no TB para a investigação científica, especificamente, nos estudos cromossômicos, os quais são responsáveis por definir como os marcadores dos genes podem ser usados nos estudos nessa pesquisa (MICHELON, 2004). Durante esse avanço alguns genes foram objetos de estudos dessa descoberta científica devido as novas técnicas de mapeamento de expressão gênica, a qual indica que alguns genes sofrem mutações e contribuem para o desenvolvimento dessa doença. A princípio, o TB apresenta alto grau de herdabilidade, entretanto alguns genes sofrem mutações, mas são inativados no organismo sendo ativados por influência ambiental, ou seja, a interação do indivíduo com a comunidade pode garantir o aparecimento desse transtorno. Esse gene é chamado de gene de vulnerabilidade, isto é, esses sujeitos tem a predisposição e a suscetibilidade de desenvolverem o TB. Outra investigação na pesquisa foi o de Linkage, também chamado de Estudo de Ligação, o qual significa que, segundo a Lei de Mendel, durante a formação dos gametas os genes se segregam

independentemente, mas esses mesmos genes terão que estar em cromossomos homólogos diferentes, assim, quando esses genes estão localizados em um mesmo cromossomo, essa segregação não acontece e todos são transmitidos durante a meiose I.

Dessa forma, se um determinado marcador genético for sempre herdado junto com a doença pelos membros afetados de sua família o gene no caso (TB) sempre terá a sua localização nas vizinhanças desse marcado. No entanto, existe um empecilho nesse estudo, pois as doenças mentais não possuem um modo de transmissão conhecido e um grande complexo de modelos precisam ser testados, ademais o fenótipo é muito amplo o que compromete a especificidade dos achados e reduz a chance do aumento dos dados da pesquisa. Embora esse tipo de estudo inicialmente mostre resultados promissores, eles não se confirmam posteriormente. Essa pesquisa foi importante para o TB, pois a variedade do locus reflete em parte a heterogeneidade fenotípica e a sua complexidade nas doenças mentais mostram a sua susceptibilidade nos marcadores genéticos e na hereditariedade dos genes como fatores para o desenvolvimento do TB.

Uma outra forma de estudo, principalmente, por se tratar de um modo de transmissão não conhecido é o Estudo de Associação, nesse tipo de estudo é identificado o gene com um efeito modesto, por se tratar da fisiopatologia dos transtornos afetivos, pode se relacionar com o sistema monoaminérgico e, por conseguinte com o TB. Alguns genes tiveram uma maior ênfase com o uso de algumas drogas, GRK3 (receptor quinase 3 ligado à proteína G), localizado no cromossomo 22q12.26 esse gene teve papel fundamental no estudo, porque a repercussão na atividade metabólica e na regulação da expressão gênica foi importante devido a ação enzimática desse no controle do desenvolvimento tecidual e celular e mostra-se como

uma associação positiva entre o alelo T do polimorfismo -50T/C do gene do GSK3 β e início precoce de TB (MICHELON, 2006).

Contudo, os estudos não são conclusivos e inúmeros resultados foram conflitantes pelos vários genes investigados. Por último e não menos importante, estudos epigenéticos são imprescindíveis na pesquisa dos genes associados ao TB porque é relacionado com as modificações do DNA e, como resultado, regulam a atividade genômica. Com isso, surge uma técnica associada com esse estudo, mas ainda assim mostra-se promissora e não conclusiva a respeito do assunto. Sendo assim, essa pesquisa indica que o TB é um tema bastante em alta na atual sociedade contemporânea, porém seus estudos ainda deixam muitas dúvidas a respeito dos assuntos devido aos resultados inconsistentes e conflituosos, embora tenham mostrado algumas associações e conclusões corretas associadas ao gene com as doenças mentais, como no caso do TB.

Apresentação clínica

O TB é caracterizado por episódios alternados de humor, os quais variam em duração, intensidade e frequência. Em-volve períodos de humor elevado e de depressão intercalados por períodos de remissão, e estão associados a sintomas físicos, cognitivos e comportamentais.

O reconhecimento de sintomas depressivos ou de hipomania em crianças costuma ser difícil porque estas possuem dificuldade em definir seus próprios sentimentos. A baixa prevalência, mas não insignificante, pode estar relacionada ao fato de que as características consideradas atípicas em adultos costumam ser regra e não exceção em crianças e, por isso, os profissionais nem chegam a incluir o TB como uma possibilidade de diagnóstico. Estudos epidemiológicos apontam que, apesar do TB afetar igualmente homens e mulheres na fase adulta, ele

parece ser mais comum em meninos do que em meninas (FU-I, 2004).

Existem controvérsias em torno dos sintomas apresentados por crianças e adolescentes e o correto diagnóstico do TB nessa idade. Logo, sintomas de mania, por exemplo, podem-se manifestar em adolescentes de forma diferente dos adultos, prevalecendo a sintomatologia mista e a psicose (ROHDE & TRAMONTINA, 2005).

Consoante a quinta edição (2013) do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o TB se distingue em dois tipos principais: o Tipo I, em que a elevação do humor é grave e persistente (mania), e o Tipo II, em que a elevação do humor é mais plácida (hipomania).

A mania é o período do TB caracterizado por um estado de intensa euforia, havendo o aumento da agitação, energia, inquietação, mania de grandeza (delírios de poder e onipotência), menor necessidade de sono, apresentação de agressividade, ilusões e alucinações (percepção de coisas que não estão realmente lá). A duração do estado de mania deve ser de no mínimo uma semana, estando o humor elevado ou a irritabilidade presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

A hipomania é um período mais brando de mania, no qual os pacientes podem apresentar o aumento de autoestima, todavia sem a sensação delirante de grandeza que ocorre nos episódios maníacos. O processo de pensamento é acelerado, porém perdura alguma organização. Em alguns casos de hipomania, o funcionamento ocupacional pode melhorar momentaneamente devido à maior produtividade e ao bom humor.

Segundo Lesley Berk *et al.*, (2008), além dos períodos de mania e hipomania, as pessoas com TB podem ter a experiência de episódios mistos e de depressão até certo nível. O período misto ocorre quando o indivíduo possui sintomas tanto de mania quanto de depressão

simultaneamente, causando uma debilitação significativa no cotidiano da pessoa, podendo ser necessária a hospitalização. É possível notar mudanças de humor rápidas (feliz, triste e irritável), inquietação, dificuldade para dormir, sentimento de culpa e vontade de suicidar-se.

O episódio depressivo compreende sintomas suficientemente graves para gerar angústia ou para desestabilizar as atividades diárias e os relacionamentos interpessoais (profissional, pessoal e familiar). A pessoa que vivencia um período depressivo poderá apresentar também sintomas psicóticos, os quais estão presentes no episódio de mania.

Diagnóstico

O Transtorno de Humor Bipolar (THB) na infância e na adolescência é identificado pela presença de mais irritabilidade, disforia, psicose, sintomas esquizofreniformes, hiperatividade, mania mista, ciclagem rápida, cronicidade e carga familiar (WAGNER *apud* HALES e YUDOFISKY *et al.*, 2006). O diagnóstico de THB nessa faixa etária é mais difícil por ter um quadro clínico muito diferente do quadro clínico do adulto (MORAES *et al.*, *apud* LEIBENLUFT *et al.*, 2003). Porém, os critérios de diagnóstico utilizados e aceitos são os da CID - 10 e do DSM - IV - TR, os mesmos utilizados para os adultos.

A identificação do THB infantojuvenil se baseia na avaliação clínica do paciente. As principais fontes de informação são os pais ou os responsáveis e a própria criança ou adolescente. A escola é considerada uma importante fonte de informações, bem como o depoimento de familiares, vizinhos ou amigos dos pacientes (WAGNER *et al.*, 2009).

Segundo o DSM - IV - TR, o diagnóstico de TB tipo I (THB-I) é atribuído quando um paciente teve pelo menos um episódio - período de tempo durante o qual sintomas causam uma mudança perceptível no estado basal - maníaco

ou misto (mania com depressão). O diagnóstico de THB-II é atribuído quando um paciente teve pelo menos um episódio hipomaníaco e um episódio depressivo maior na sua vida (NOVAES *et al.*, 2012).

O THB infantojuvenil é uma doença séria que pode trazer muitos prejuízos para o paciente e seus familiares, caso não seja tratada precocemente e adequadamente. Tentativas de suicídio, prejuízo escolar, abandono escolar, uso de substâncias psicoativas, discórdia familiar, dificuldades de relacionamento interpessoal e retraimento social podem ser alguns desses prejuízos (WAGNER *apud* FRIEDBERG & MCCLURE *et al.*, 2004).

Comorbidades

O termo comorbidade refere-se ao fenômeno de duas patologias que se originam de processos independentes, ainda que possam apresentar uma influência recíproca. Nesse sentido, ao falarmos da temática dos transtornos bipolares, é impossível não analisarmos sua estreita relação com comorbidades que vão de patologias clínicas a psiquiátricas, variando de acordo com a idade e outros fatores preexistentes.

O Programa para Crianças e Adolescentes com TB (ProCAB) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, realizou uma pesquisa, no período de janeiro de 2014, utilizando pacientes com idades entre 7 e 17 anos, diagnosticados com TB por psiquiatra da infância e adolescência. Resultados: dos 41 pacientes avaliados, 56,1% eram do sexo masculino. A média de idade foi de 12,72 ($\pm 3,17$). Foram diagnosticados com TDAH 18 (43,9%) pacientes. 4 (9,75%) pacientes apresentaram diagnóstico clínico de Transtorno do Pânico. 3 (7,31%) foram diagnosticados com transtorno de Ansiedade, 2 (4,87%) com Ideação suicida, 2 (4,87%) com TOC, 8 (19,51%) com TOD, 1 (2,43%) com Transtorno de Conduta, 3

(7,31%) eram tabagistas, 1 (2,43%) abuso de substância, 1 (2,43%) com fobia social, 3 (7,31%) com estresse pós-traumático, 3 (7,31%) tinham transtorno global, de escrita, de fala e de aprendizagem.

O diagnóstico de comorbidades relacionadas ao TB é, muitas vezes, de difícil constatação devido a sintomatologia e fisiopatologia semelhantes. Esse é o caso do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade), o qual, como é elucidado na pesquisa acima, é o entrave com maior percentual de ocorrência em casos pediátricos de TB (ocorre em 40 a 90% dos pacientes nas amostras clínicas), o que corrobora a importância de diagnosticá-lo. À luz desse contexto, para diferenciar ambas as patologias há a utilização de alguns instrumentos, como a *Young Mania Rating Scale* (YMRS), o *Child Behavior Checklist* (CBCL) e a *Child Mania Rating Scale* (CMRS), além do critério da episodicidade, presente apenas no TB (FU-I *et al.*, 2010).

Ademais, as comorbidades se associam ao aumento da morbimortalidade em pacientes bipolares, podendo citar como exemplo a ideação suicida, bem como os distúrbios alimentares associados. Esse último, embora menos falado e não presente nos dados supracitados, se caracteriza como nefasta problemática que acarreta situações graves ao paciente, associando o físico ao mental. Isso se deve ao importante quadro de desnutrição proteicocalórica e/ou ao distúrbio hidroeletrolítico provocado por restrição alimentar ou purgação (vômitos autoinduzidos e uso abusivo de laxantes e diuréticos) (FU-I *et al.*, 2010).

Outrossim, quando falamos de maneira específica da fase da adolescência, é inegável a prevalência de comórbidos como ansiedade, depressão e abuso de substância. Esse último se destaca nessa fase da vida, uma vez que as estruturas cerebrais responsáveis pela percepção temporal ainda estão em amadurecimento,

a associação da “onipotência juvenil” com a impulsividade e a visão imediatista faz com que a adolescência seja a fase da vida de maior risco para a experimentação e o uso de substâncias psicoativas. O adolescente busca o prazer imediato e o alívio instantâneo de seus incômodos, ambos proporcionados pelo uso de substâncias (FU-I *et al.*, 2010). Tal questão pode agravar o prognóstico do paciente e gerar pior resposta ao tratamento.

Portanto, o diagnóstico dessas comorbidades é de suma importância, uma vez que essa associação pode resultar em complicações, tais como um pior prognóstico, sintomatologia mais grave e maior prejuízo funcional e laborativo, risco de suicídio e menor adesão ao tratamento. Assim, seja por herança compartilhada, seja por questões de alterações de desenvolvimento ou por artefatos diagnósticos, as comorbidades devem ser investigadas, encontradas e tratadas.

Papel do médico psiquiatra

O médico psiquiatra tem um papel de grande importância para o diagnóstico de doenças mentais, e em especial a bipolaridade. É possível observar que mais frequentemente a saúde mental é valorizada, e falar sobre qualquer alteração do normal se torna cada vez mais comum. Com a maior veiculação de informações sobre a bipolaridade e outras doenças mentais é possível entendermos a dificuldade da população em compreender o que de fato são estas doenças, muitas vezes sendo confundidas, e neste ponto torna-se essencial a presença de um médico psiquiatra. O profissional dessa área tem como principal objetivo diagnosticar e diferenciar a bipolaridade de outras doenças da mente, a partir disso é possível então tratar com eficácia a patologia em questão.

Percebe-se que o problema mais enfrentado na atualidade a respeito do diagnóstico da bipolaridade em crianças e adolescentes geralmente é associado a confusão com outras patologias.

O médico psiquiatra deve-se atentar a faixa etária da criança, tendo em mente que crianças muito jovens podem ter naturalmente dificuldades em seu comportamento, não sendo possível assim o diagnóstico de bipolaridade. Outra perspectiva que deve ser analisada é o histórico completo da criança, sendo importante destacar uma boa anamnese e conhecimento sobre o histórico de doenças mentais na família, destacando que o apoio dos pais nessa etapa é essencial. Diagnósticos errados em crianças podem levar a consequências muito graves, uma vez diagnosticado com bipolaridade o paciente mais comumente realiza tratamento com estabilizadores de humor, estes medicamentos tendo ação em uma criança erroneamente diagnosticada pode causar efeitos de retardamento em seu desenvolvimento, levando a consequências em seu desenvolvimento social, sobrecarga do sistema cardíaco e metabólico, sofrendo efeitos irreversíveis a longo prazo. Pesquisas apontam que crianças diagnosticadas de forma equivocada com bipolaridade e posteriormente medicadas podem apresentar quadros depressivos ou episódios de mania, geralmente crianças em idade pré-escolar com diagnósticos errados (WELTER, 2020).

Na fase da adolescência também é importante dar certa atenção a atitudes geralmente considerados normais, podendo ser comum nesta fase a dificuldade na convivência social ou problemas comportamentais. Ao identificar qualquer atitude fora do convencional é necessário procurar um médico psiquiatra para que a família e o jovem possam ser orientados na forma correta. O papel do profissional também nessa fase da adolescência é de extrema importância, visto que são recorrentes os problemas familiares envolvendo comportamento de jovens adolescentes e que podem facilmente ser confundidos com sintomas de bipolaridade.

Após o diagnóstico médico de bipolaridade em adolescentes e crianças é necessário a invés-

tigação de comorbidades e de outras doenças psiquiátricas associadas. Na maioria dos casos observa-se transtornos associados a bipolaridade em crianças e adolescentes muito jovens, tais doenças associadas podem causar quadros preocupantes, sendo possível observar sintomas como grande impulsividade, dificuldades no convívio social, em alguns casos mais graves é necessário hospitalização. Muitos jovens podem ser diagnosticados através da observação do seu desenvolvimento escolar e de seu convívio social, seja com família ou amigos, sendo mais comum a irritabilidade como sintoma para diagnóstico do TB nessa fase da adolescência, diferentemente do que acontece nos adultos, os adolescentes com transtorno bipolar geralmente apresentam grande irritabilidade na fase depressiva da doença, além de muitas vezes acreditarem ser mais espertos ou inteligentes que outros jovens na mesma idade (BASTOS, 2021).

O médico psiquiatra também tem como papel orientar a família e a criança ou adolescente a terem uma vida mais equilibrada, sempre procurando fazer o uso dos medicamentos de forma correta, a todo momento evitando a suspensão por conta própria, é necessário frisar sobre as dificuldades da doença, tentando lidar principalmente com o peso mental associado a ela, além do grande estigma social ainda atrelado a bipolaridade. É essencial orientar os pais sobre o acompanhamento adequado junto ao médico psiquiatra, lembrando que os retornos são cruciais para a melhora do tratamento do paciente, sendo as vezes necessário o ajuste de doses e medicamentos nestas consultas.

A principal doença mental associada a bipolaridade em crianças e adolescentes é o déficit de atenção, geralmente os pais ou professores podem perceber dificuldades no aprendizado, falta de atenção ou até problemas de socialização. Para o diagnóstico mais exato da doença, é necessário analisar aspectos como

distração da criança/adolescente, diminuição da fala, quando o paciente não se comunica mais como antes ou como o esperado para a idade, humor alterado, perda do interesse por socialização, o paciente pode se mostrar mais agitado ou hiperativo sem motivo aparente, o indivíduo pode também apresentar dificuldades para dormir, lembrando que os sintomas podem variar de acordo com a faixa etária do paciente, além das questões sociais em que o indivíduo está inserido. O diagnóstico de bipolaridade em crianças é algo considerado novo, por isso é de suma importância um estudo aprofundado sobre as características e especificidades de cada paciente, para que o médico psiquiatra não cofunda bipolaridade com outra patologia (BASTOS, 2021).

Tratamento não farmacológico

Muitas pessoas que possuem o TB erroneamente se culpam por acreditarem que seu transtorno de humor têm como causa apenas fatores psicológicos ou até mesmo por fraqueza de caráter, no entanto, é necessário saber que esse transtorno está associado a desequilíbrios bioquímicos nos neurotransmissores cerebrais os quais causam a aceleração acentuada das alterações de humor. Os médicos precisam estar sempre atualizados sobre quais tratamentos recomendar a cada paciente porque as orientações de tratamento aceitas para esse transtorno umdam muito rapidamente. Ademais, o controle do transtorno se torna mais eficaz quando o paciente possui uma relação aberta com seu médico, havendo a comunicação de quais medicações são mais eficientes, seus efeitos colaterais e emoções sentidas ao tomá-las. Existem formas boas e ruins de controlar o transtorno, além das medicações e consultas a um psiquiatra. Sendo assim, pode-se desenvolver um autocontrole, aprendendo a reconhecer os fatores desencadeantes dos episódios, ajustando

para evitá-los, estabilizando assim o humor por mais tempo (MIKLOWITZ, 2020).

Na literatura atual, as descrições referentes a tratamentos não farmacológicos no TB, seja em crianças, adolescentes ou adultos, é a terapia, que pode possuir inúmeras categorias e divisões.

Vale ressaltar que, todos os tipos de terapias apenas complementam o tratamento farmacológico, não o substituindo. Em suma, visam informar familiares e pacientes sobre a fisiopatologia e tratamentos para a doença, quebrar estigmas, amenizar a recorrência e lidar com os episódios ou manias, além de melhorar o desenvolvimento infantil e jovem.

A terapia interpessoal, de início, era utilizada no tratamento de depressão unipolar, sendo adaptada para pacientes com TB, possuindo como premissa que fatores estressores psicossociais agravavam e/ou aceleravam os episódios bipolares por meio de perturbações no sono e em rotinas diárias, ocorrendo em um contexto de relações interpessoais (HLASTALA *et al.*, 2010). Com isso, a terapia não foca em formar teorias e suposições sobre o início da doença e sim em estabelecer relações entre o início dos sintomas e as atuais consequências no âmbito interpessoal.

Persiste então, no tratamento de déficits funcionais interpessoais e gerenciamento dos sintomas afetivos para diminuir sua interferência negativa sobre os aspectos psicossociais envolvidos em questão. Algumas áreas, as chamadas áreas-problemas, são trabalhadas pelo terapeuta, sendo elas: luto, disputas interpessoais transição de papéis e sensibilidade (déficit) interpessoal.

Alguns estudos mais atuais vêm explorando o potencial benéfico que essa modalidade de tratamento conjunto traz para melhorar ou mesmo impedir o aparecimento e intensificação dos sintomas em jovens de alto risco para o TB.

É crucial que a família participe de todo o envolvido na doença, desde seu diagnóstico até o pós início de tratamentos. O papel deste complexo pode ser visto como um caminho para a redução dos níveis de ansiedade e estresse familiar, que são fatores contribuintes para a desestabilização do controle do paciente. Outro fator contribuinte é o luto dos pais e familiares em relação ao diagnóstico de TB, tornando mais difícil quando esse sentimento interfere no funcionamento das relações entre os envolvidos (KOWATCH, 2005). A partir do momento que acontece essa interferência, a organização familiar e a comunicação se estremece, fazendo a terapia entrar no cenário melhorando esse quesito, aperfeiçoando também o posicionamento e a forma de lidar com a situação do filho.

As grandes áreas de enfoque do tratamento são: psicoeducação, treinamentos para aprimoramento da comunicação e solução de problemas, com os resultados mostrando que os pacientes se recuperaram mais cedo da depressão, com menor pontuação nas escalas de gravidade da mesma, e passaram menos tempo em episódios ou manias.

Atualmente, o número de estudos e testes realizados abordando a psicoterapia e o TB vem crescendo cada vez mais, tanto em adultos, quanto em crianças. Contudo, ainda não se sabe qual modelo é mais indicado para os diferentes estágios da doença, bem como a qual subtipo clínico do paciente. Em geral, os objetivos a serem alcançados podem se resumir em: reduzir prejuízos acarretados pela doença; prevenir a ocorrência de episódios; quebrar barreiras familiares; ajudar na compreensão da doença; estratégias para o bom manejo com os problemas e sintomas e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso.

Muito se questiona sobre a duração do tratamento, valendo ressaltar que esta depende de parâmetros, como idade da criança e/ou do adolescente, gravidade do transtorno e outros

problemas associados ao rendimento escolar e à dinâmica social envolvida. Os pilares básicos deste modelo são a educação emocional, a realização de atividades agradáveis, relaxamento, higiene do sono, solução de problemas e a realização de tarefas que condizem com a realidade do paciente, tarefas de casa por exemplo.

O apoio e a psicoeducação devem começar desde o momento do diagnóstico, acompanhando todas as fases do tratamento. Na literatura atual, a estabilidade do ciclo circadiano e a higiene do sono são aliados para a diminuição da piora dos sintomas e intercorrências. A intervenção psicopedagógica surgiu devido à importância da aprendizagem, como um auxílio na lida com alguns fatores cognitivos que inferem diretamente na vida da criança e do jovem. Visto isso, essa terapia possui como objetivo aumentar os conhecimentos e compreensão sobre o TB e seus tratamentos, aprimorar o gerenciamento dos sintomas e condições associadas, promoção da plena expressão da afetividade, comunicação e o desenvolvimento de aspectos cognitivos, psicológicos e pedagógicos, sendo esses os percussos ou não das dificuldades de aprendizagem nas esferas escolar e social (MUSSALLAN, 2010).

A psicoeducação realizada em grupos de apoio, com uma troca dinâmica de experiências, favorecem uma melhor comunicação entre os pacientes, reduzindo o estigma associado ao TB. Essa modalidade realizada em grupo funciona como uma opção mais acessível em sistemas de saúde, com grande probabilidade de ganhar maior cobertura em um futuro próximo.

Outra técnica utilizada para o tratamento da depressão unipolar na atualidade é aquela onde se encontra a maior quantidade de estudos envolvendo-a, se tornando uma prática altamente disseminada nos mais variados casos clínicos. É uma psicoterapia baseada em evidências, ou seja, todas as técnicas são com-

provadas cientificamente (BECK *et al.*, *apud* GOMES, 2010).

Durante as primeiras fases da infância, é aprendido uma grande quantidade de conceitos concretos e abstratos e sem um discernimento dos conceitos lógico-abstratos, a criança recebe apenas passivamente essas informações, formando os chamados esquemas cognitivos (GREENBERG & PADESK *apud* GOMES, 2010). Em algum momento posterior, todos esses conceitos absorvidos serão utilizados como forma de respostas ao meio social. O papel do terapeuta então, é buscar de modo colaborativo os esquemas envolvidos com o paciente, onde uma vez traçados, buscam por meio de diferentes técnicas, desenvolver uma abordagem racional frente aos problemas encontrados.

A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem que foca nos problemas atuais dos pacientes com uma boa relação paciente-terapeuta essencial durante todo o processo. Cada paciente possui suas particularidades, ou seja, a terapia será baseada em uma conceituação individualizada, não sendo conduzida da mesma forma para todos os pacientes. Possui como objetivos a identificação e a modificação dos pensamentos e comportamentos funcionais, para que no fim do processo o paciente possa usar os recursos aprendidos nas seções por conta própria, contribuindo com a independência do paciente.

Abordagem familiar

A abordagem familiar deve ser realizada com a conscientização da família sobre quão relevante é o apoio e a inclusão familiar para a pessoa que possui Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), tendo em vista que o acolhimento acarretará maior autonomia e estabilidade para as emoções da criança ou do adolescente, o que melhoraria a qualidade de vida tanto da pessoa que possui TAB, quanto da família e das pes-

soas que conviverem com o paciente, principalmente nas escolas, onde esses indivíduos passam maior parte da vida e tem acesso à socialização.

Tal abordagem para conscientização familiar deve ser realizada por profissionais, explicando para a família sobre a doença, possíveis gatilhos e sobre novas medidas a serem adotadas, a abordagem deve ser feita por meio de atitudes pedagógicas e psicoterápicas, como a Terapia Cognitivo Comportamental, para os pais e o filho, com a finalidade de ajudar o paciente e os familiares, já que se os familiares compreenderem as reações, as mudanças cíclicas de humor e como é a patologia, o convívio social passará a ser mais fácil, pois grande parte dos comportamentos não são socialmente aceitos, podendo gerar conflitos e desgaste para o corpo social que convive com a pessoa que possui TAB (VASCONCELOS *et al.*, 2020).

No entanto, cada família vive uma realidade diferente, o que pode acarretar o afastamento do convívio familiar, portanto, é essencial que o paciente tenha um cuidador fixo, que passe mais tempo com o paciente e o ofereça segurança e apoio, já que crianças e adolescentes estão mais suscetíveis a mudanças comportamentais e inseguranças, mas são poucas as famílias que conseguem disponibilizar alguém para este tipo de cuidado integral, já que é um desafio conciliar com as tarefas cotidianas. Porém o ambiente familiar deve tentar ser sempre acolhedor para alcançar um melhor desenvolvimento cognitivo e qualidade de vida mais próspera.

Estigmatização

O TAB ocasiona atitudes preconceituosas, trazendo consigo vários estigmas sociais, sendo esses relacionados a uma forte desaprovação de características que vão contra as normas culturais, gerando grandes emoções, como medo, raiva, vergonha e tristeza. Além disso, as

características apresentadas em pessoas que sofrem estigmas através do TAB são instabilidade, imprevisibilidade, cronicidade e produção de danos à si mesmo ou ao próprio patrimônio durante os estados depressivos e maníacos.

Nesse sentido, existem dois estágios no TAB, o de euforia, nesses os pacientes não costumam buscar ajuda profissional, pois o estado eufórico proporciona um bem-estar físico momentâneo no indivíduo e tem o estágio de depressão, onde o sujeito é dominado por tristeza e desânimo, frequentemente nessas ocorrências os pacientes buscam um maior amparo. Ademais, os estigmas desestimulam as pessoas a buscarem ajuda, pelo medo de serem rotuladas, dificultando assim o diagnóstico precoce e o tratamento, principalmente quando o preconceito vem da própria família, que surge pela falta de informação, decorrente das crenças negativas acerca dos transtornos mentais, o que leva a rejeição desses indivíduos com transtorno afetivo bipolar. (TRINDADE, 2019).

Além disso, os estigmas dependem do ambiente cultural em que a pessoa se insere, variando com a fase do transtorno, com o tipo e gravidade dos sintomas, sendo os estados depressivos aceitos com maior tolerância e empatia que as manifestações maníacas. Por outro lado, os pacientes com TAB são menos estigmatizados que no passado, essa mudança está relacionada ao abandono do rótulo “psicótico”. Sobretudo, essas discriminações permanecem de forma significativa no ambiente de trabalho e nas instituições de ensino, nesses casos é de extrema importância a intervenção direta do psiquiatra e dos familiares para estimular a inclusão social do indivíduo e diminuir os impactos emocionais, sociais e de desenvolvimento. Logo, a banalização dos estigmas associados ao TAB faz com que portadores de outros transtornos que são mais estigmatizados se identifiquem como portadores de transtornos

bipolares como estratégia para minimizar as discriminações sofridas (DE SOUSA MOURA *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

Fica evidente, portanto, a partir dessa revisão, que o reconhecimento do TB em crianças e adolescentes têm aumentado. Diante disso, esse estudo indica as definições e características desse transtorno na faixa etária definida, explicando os fatores de essencial conhecimento. Nesse sentido, é notável que o TB possui uma fisiopatologia complexa e a falta de relação exata de causa e efeito nos leva a necessidade de haver mais pesquisas sobre a temática abordada, assim como na perspectiva da genética do TB, em que não há estudos conclusivos, existindo inúmeros resultados conflitantes.

A definição dos sintomas na infância e adolescência é mais complicada pela dificuldade que esses indivíduos possuem de decifrar seus próprios sentimentos e pelo quadro clínico se mostrar bastante diferente daquele encontrado no adulto. Logo, o diagnóstico do TB nessa

fase da vida se baseia na avaliação clínica do paciente e na realização de uma anamnese eficiente, demonstrando então a importância do médico psiquiatra para a realização do diagnóstico e diferenciação de outras patologias relacionadas, porque é muito comum haver falhas diagnósticas nessa faixa etária por conta das dificuldades impostas.

Nessa perspectiva, é crucial que haja uma atenção especial para a possível identificação de comorbidades relacionadas ao TB, que muitas vezes possuem a sintomatologia e fisiopatologia semelhantes. Na atualidade, o tratamento não farmacológico do TB está em torno da terapia e suas diversas categorias.

Sendo assim, é essencial o papel da família na vida do paciente, através do apoio, buscando promover o seu bem-estar psicossocial, bem como é importante haver a superação dos vários estigmas sociais existentes associados TB. Por fim, destaca-se que é fundamental o diagnóstico precoce e o tratamento personalizado para cada paciente, buscando alcançar melhor qualidade de vida e evitar problemas futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BERÇOT, M.R. Polimorfismo genético do transtorno bipolar: uma revisão bibliográfica [tese]. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2018.
- BERK, Lesley *et al.*, editors. Living with Bipolar: A Guide to Understanding and Managing the Disorder. Austrália: Allen & Unwin, 2008.
- BIRMAHER, B. *et al.* Transtorno bipolar em crianças e adolescentes. Child and adolescent mental health journal, v. 18, p. 140, 2013.
- BRUSCHI, J.D.S. *et al.* Terapias farmacológicas e não farmacológicas mais comuns usadas no transtorno de bipolaridade. Revista de Iniciação Científica e Extensão, v. 2, p. 147, 2019.
- CASTANHOLA, M.E. & PAPA, L.P. Fisiopatologia do transtorno bipolar com ênfase em fatores genéticos e utilização do lítio. Revista de Saúde, Farmácia, n. 8, 2021.
- DE BASTOS, D.C. *et al.* Transtorno bipolar pediátrico e TDAH comórbidos: relato de caso. Debates em Psiquiatria, v. 11, p. 1, 2021.
- FU, Lee *et al.* Transtorno Bipolar na infância e adolescência: Aspectos Clínicos e Comorbidades. Artmed Editora, 2010
- FU-I, L. Transtorno afetivo bipolar na infância e na adolescência. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 26, p. 22, 2004.
- GATTE, C.C. O transtorno bipolar na infância e seu desenvolvimento pessoal e educativo. Revista Eletrônica da Faculdade Invest de Ciências e Tecnologia, v. 4, p. 10, 2021.
- GOMES, B.C. Estudo controlado de terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
- KAPCZINSKI, F. *et al.* Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos?. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, p. 17, 2004.
- KAPCZINSKI, F. *et al.*, editors. Transtorno bipolar: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- MAGALHÃES, P.V.S. *et al.* Marcadores periféricos e a fisiopatologia do transtorno bipolar. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 39, p. 60, 2012.
- MAINARDES, S.C.C. *et al.* Caracterização do transtorno bipolar na infância e adolescência. Unicesumar, 2011. [apresentado na modalidade comunicação oral no VII Encontro Internacional de Produção Científica; 2011 Out 25-28; Brasil].
- MENEZES, J.C. Estudos das bases genéticas do Transtorno Bipolar [tese]. Rio de Janeiro: Fundação. Oswaldo Cruz Instituto Oswaldo Cruz; 2018.
- MICHELON, L. *et al.* Genética do Transtorno Bipolar. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, p. 12, 2006.
- MIKLOWITZ, DJ, editor. Transtorno Bipolar: O que é preciso saber. M. Books, 2020.
- MORAES, C. *et al.* Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 56, p. 19, 2007.
- MOURA, H.D.D.S. *et al.* Transtorno afetivo bipolar: sentimentos, estigmas e limitações. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 13, 2019.
- NOVAES, M.D. Critérios diagnósticos para transtorno bipolar na infância e na adolescência – Uma revisão sistemática [tese]. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 2012.
- RODRIGUES, R.B. *et al.* Índice da prevalência de comorbidades associada ao transtorno do humor bipolar em crianças e adolescentes ao redor do mundo. UFRGS, 2014. [apresentado na modalidade oral no Salão de Iniciação Científica; 2014 out. 20-24; Porto Alegre, BR].
- ROHDE, L.A. *et al.* O tratamento farmacológico do transtorno bipolar na infância e adolescência. Archives of Clinical Psychiatry, v. 32, p. 117, 2005.
- SALLES, L. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. Estudos de Psicologia (Campinas). PPG em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, v. 22, p. 33, 2005.
- VASCONCELOS, R.O. *et al.* A relação familiar com pessoas que possuem transtorno afetivo bipolar. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 10, p. 30, 2020.
- WAGNER, C.J.P. Transtorno do humor bipolar: A importância do diagnóstico precoce na infância e na adolescência. Revista de Psicologia da IMED, v. 1, p. 28, 2009.
- WELTER, A. C. & CAPONI, S. Análises sobre as condições de possibilidade para a incorporação do diagnóstico de transtorno bipolar no escopo da psiquiatria infantil [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2020.

Capítulo 12

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE CURITIBA-PR

ELISIANE SOUZA¹

JOSEMARA ESPINDOLA¹

TANIA MAAS²

BEATRIZ ESSENFELDER BORGES^{2,3}

CATIA TEREZINHA HEIMBECHER^{2,4}

¹Discente - Enfermagem do Centro Universitário UniSantaCruz - FARESC.

²Docente – Enfermagem do Centro Universitário UniSantaCruz - FARESC.

³Docente – Faculdades Pequeno Príncipe de Curitiba, Paraná.

⁴Docente – Centro Universitário de Tecnologia de Curitiba - UNIFATEC.

Palavras-chave: Profissionais de enfermagem, Síndrome de Burnout; Saúde do trabalhador; Saúde Mental

INTRODUÇÃO

A síndrome de *Burnout* também conhecida como síndrome do esgotamento profissional é um distúrbio emocional com sinais de exaustão, estresse e esgotamento físico oriundas das condições desgastantes relacionadas à profissão que demandam competitividade ou excesso de responsabilidades (BRASIL, 2019).

De acordo com Moreira *et al.* (2012) o principal fator de risco para se desenvolver a doença é a sobrecarga de trabalho. Esta síndrome é mais comum em profissionais que vivem pressionados constantemente, tais como: médicos, enfermeiros, policiais, controladores de tráfego aéreo, dentre outros.

Os profissionais da saúde estão sempre vivenciando situações de estresse e desgaste provenientes da assistência direta a pacientes debilitados, ou doentes, além de terem que lidar com tensas relações interpessoais e hierárquicas nas organizações de saúde (FERREIRA & LUCCA, 2015). Embora essa síndrome envolva várias profissões, aquelas em que se lida com o sofrimento do próximo aumentam o risco de vulnerabilidade (GALINDO *et al.*, 2012).

Com relação à prevalência da síndrome de *Burnout* nos profissionais da área da saúde, destacam-se os profissionais de enfermagem, que ficam mais tempo em contato e no atendimento aos pacientes e familiares no âmbito da saúde (DORNELES, 2020).

O aumento de carga horária de trabalho, a convivência com diversas doenças dos pacientes, a realização de atividades diferentes, e com isso, o acúmulo de cargos, podem provocar o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem e aumentar o risco de desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* nesses profissionais (DUTRA *et al.*, 2019).

O estresse ocupacional pode trazer a esses profissionais problemas em sua saúde física e mental, relações sociais e meio ambiente devido ao pouco tempo dedicado à família e à falta de suporte e apoio quando necessários. Além disso, esse desgaste emocional pode afetar diretamente sua qualidade de vida e sua produtividade interferindo na assistência prestada aos pacientes (CORRÊA; *et al.*, 2013).

A despersonalização é um tipo de transtorno dissociativo que consiste em sentimentos recorrentes ou persistentes de distanciamento do próprio corpo ou processos mentais, geralmente com uma sensação de ser um observador externo da própria vida (despersonalização) ou de estar desconectado de um ambiente (desrealização). Este transtorno é quase sempre desencadeado por estresse grave (SPIEGEL, 2019).

A investigação desta síndrome entre a equipe de enfermagem é fundamental, pois há uma grande influência nos planos de cuidados para o paciente, equipe e instituição de saúde em que trabalham. Além de afetar o desempenho profissional, a Síndrome de *Burnout* gera um impacto direto e negativo na segurança do paciente (DUTRA *et al.*, 2019).

A área da saúde possui um grande número de profissionais, em especial os da Enfermagem que atuam em diversos setores a quais se tornam expostos a várias situações. Porém as altas taxas de absenteísmo que ocorrem na equipe e a má qualidade de serviços de organizações de saúde são alguns dos fatores que levaram a profissão de enfermagem ser colocada no ranking de quarta profissão mais geradora de estresse no setor público. Para esses profissionais, mesmo que o estresse seja encarado de maneira positiva ou negativa, a resposta neuroendócrina produz reações fisiológicas que podem dar origem a doença (SILVA *et al.*, 2015).

Diante do exposto, e pelo elevado número de estudos publicados nos últimos anos a respeito desta síndrome entre os profissionais de enfermagem, é relevante analisar a prevalência deste mal e elencar os fatores ocupacionais, auxiliando no conhecimento de como ocorre a sua manifestação, possibilitando que todos venham a se prevenir e buscar tratamento, diminuindo as consequências na vida profissional e pessoal.

Com isso, o objetivo do estudo é analisar a prevalência da Síndrome de *Burnout* nos profissionais de enfermagem que atuam em unidade básica e de pronto atendimento de Curitiba-PR.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado com o auxílio do levantamento de dados dos profissionais que colaboraram com o projeto. O instrumento de pesquisa utilizado foi à entrevista semi-estruturada, pois possibilita um envolvimento entre o investigador e o investigado, oportunizando o contato mais próximo com o campo de pesquisa, facilitando a compreensão dos dados que interessam para os objetivos propostos da investigação (GIL, 2008).

O estudo foi realizado entre os meses de novembro e dezembro de 2020 e entre setembro a outubro de 2021, com profissionais de enfermagem que atuam em Curitiba.

Foram incluídos no estudo todos dos profissionais de enfermagem que trabalham na unidade e que demonstraram interesse pelo tema. Foram excluídos do estudo os profissionais que não estão ativos no exercício da função.

A população do estudo foram 48 profissionais de enfermagem que trabalham em uma unidade de saúde e um pronto atendimento da cidade de Curitiba-PR. Todos os participantes assinaram o Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados foi utilizado o Instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI) composto por um questionário com 22 questões que identificam as dimensões sintomatológicas da síndrome de *Burnout*, sendo que as questões de 1 a 9 identificam o nível de exaustão emocional, as questões de 10 a 17 estão relacionadas à realização profissional e as questões de 18 a 22 à despersonalização. A forma de pontuação do questionário adota a escala do tipo Likert que varia de zero a seis, sendo: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana, (6) todos os dias. Os dados foram analisados e realizou-se a somatória de cada dimensão. Os valores obtidos foram comparados com os valores de referência do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e *Burnout* (GEPEB), apresentados no **Quadro 12.1**.

Quadro 12.1 Valores da Escala MBI desenvolvidos pelo GEPEB

Dimensões	Baixo	Médio	Alto
Exaustão emocional	0-15	16-25	26-54
Despersonalização	0-02	03-08	09-30
Realização profissional	0-33	34-42	43-48

Fonte: Adaptado de Benevides-Pereira, 2003.

O manual do MBI traz como princípio para a identificação da síndrome de *Burnout* a obtenção de nível alto para exaustão emocional e despersonalização e nível baixo para realização profissional. Portanto, o enquadramento do profissional nesses três critérios dimensionais indica a manifestação de *Burnout*. O risco de desenvolvimento desta síndrome será determinado após a análise de todas as dimensões, a fim de mensurar a possibilidade do pesquisado manifestar a doença (MENEGAZ, 2004).

Este projeto está de acordo com a Resolução nº 466/2012, que resguarda a proteção aos participantes de pesquisa com seres humanos no Brasil foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. A pesquisa foi realizada depois da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da IPO – Curitiba/PR sob o número do CAAE: 47180921.6.0000.5529 e do parecer: 4.891.200 e também pelo parecer: 4.319.415 - CAAE: 38187620.4.0000.5529. Por ser uma pesquisa dentro de unidades de saúde e pronto atendimento também foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Curitiba sob o número do CAAE: 47180921.6.3001.0101 e número do parecer: 5.043.960.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foi feita uma caracterização da amostra para que a população fosse identificada. A população do estudo foi composta por 48 funcionários da equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde e uma unidade de pronto atendimento. Em relação ao sexo, foi observado que a maioria de 91% da amostra são mulheres. A idade dos profissionais varia bastante, mas a média ficou em 44,2 anos.

Também foi utilizado o Instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI), onde foi

possível fazer um levantamento acerca da Síndrome de *Burnout* que visa conhecer três dimensões relativas ao desgaste emocional, são elas: exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização.

Nesse questionário na dimensão “exaustão emocional” e “despersonalização” quanto maiores os valores, maior sentimento de esgotamento e despersonalização, enquanto na dimensão “realização profissional” quanto menor forem os valores, maior será o nível de esgotamento do profissional.

A primeira dimensão estudada foi a exaustão emocional, referente às respostas das perguntas de 1 a 9 do questionário, conforme demonstrado no **Quadro 12.2**.

Quadro 12.2 Perguntas do questionário MBI referente a dimensão exaustão emocional

	Questões
01	Sinto-me esgotado/a ao final de um dia de trabalho
02	Sinto-me como se estivesse no meu limite.
03	Sinto-me emocionalmente exausto/a com o meu trabalho.
04	Sinto-me frustrado/a com o meu trabalho.
05	Sinto-me esgotado/a com meu trabalho.
06	Sinto que estou trabalhando demais nesse emprego.
07	Trabalhar diariamente com pessoas me deixa muito estressado (a)
08	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.
09	Sinto-me cansado/a quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.

Fonte: Maslach e Jackson, 1981

Os dados obtidos da dimensão de exaustão emocional estão demonstrados na tabela 12.1. Sendo 14 profissionais (29,2%) com risco baixo, 12 (25%) com risco médio e 22 (45,8%) com alto risco de exaustão emocional.

Tabela 12.1 Demonstrativo da classificação da dimensão exaustão emocional

Nível de exaustão emocional	N	%
Baixo	14	29,17
Médio	12	25,00
Alto	22	45,83

No **Quadro 12.3** foram demonstradas as questões levantadas que avaliam a realização profissional, correspondente as questões 10 a 17.

Quadro 12.3 Perguntas do questionário MBI referente a dimensão realização profissional

	Questões
10	Sinto-me cheio(a) de energia.
11	Sinto-me estimulado/a de trabalhar em contato com os pacientes.
12	Sinto-me que posso criar um ambiente tranqüilo para os pacientes.
13	Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho.
14	Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes.
15	Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes.
16	Sinto que sei tratar de forma tranqüila os problemas emocionais do meu trabalho.
17	Tenho que conseguir muitas realizações em minha profissão.

Fonte: Maslach e Jackson, 1981

Os dados obtidos através desse questionário demonstram que 20 participantes se encontram com scores entre 34 e 42 sendo classificados com nível médio de realização profissional. Como nessa dimensão quanto menor forem os

valores, maior será o nível de esgotamento do profissional, observa-se que 12 participantes foram classificados com nível baixo de realização profissional com scores entre 0 e 33, conforme demonstrado na **Tabela 12.2**.

Tabela 12.2 Demonstrativo da classificação da dimensão realização profissional

Nível de realização profissional	N	%
Baixo	12	25,00
Médio	20	41,67
Alto	16	33,33

No **Quadro 12.4** foram demonstradas as questões 18 a 22, levantadas para avaliar a despersonalização.

Quadro 12.4 Perguntas do questionário MBI referente a dimensão despersonalização

	Questões
18	Sinto que os pacientes culpam-me por alguns dos seus problemas.
19	Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos.
20	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço esse trabalho.
21	Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes.
22	Preocupo-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.

Fonte: Maslach e Jackson, 1981

Nessa dimensão os resultados obtidos apontam para 16 participantes (33,3%) com nível alto de despersonalização com scores entre 9 e 30, 24 (50%) com nível médio e 8 com nível baixo, conforme mostra a **Tabela 12.3**.

Tabela 12.3 Demonstrativo da classificação da dimensão despersonalização

Nível de despersonalização	N	%
Baixo	8	16,67
Médio	24	50,00
Alto	16	33,33

Para a identificação da síndrome de *Burnout* a obtenção de nível alto para exaustão emocional e despersonalização e nível baixo para realização profissional precisa aparecer após análise do questionário. Portanto, o enquadramento do profissional nesses três critérios dimensionais indica a manifestação de *Burnout*, como mostra a **Tabela 12.4**.

Tabela 12.4 Indicativo de manifestação de *Burnout*

	N	%
Risco baixo	23	47,9
Risco médio	11	22,9
Risco alto	12	25
Indicativo de <i>Burnout</i>	2	4,2

Discussão

Não podemos confundir estresse com *Burnout* no que se refere aos conceitos e diferenças, pois estresse ocorre a partir de reações do organismo às agressões de origens diversas, capazes de perturbar a homeostasia corpórea (MUROFUSE *et al.* 2005). Em contrapartida, *Burnout* é a resposta do estresse laboral crônico que envolve atitudes e alterações comportamentais negativas relacionadas ao contexto de trabalho com desconsideração do lado humano (CAMPOS, 2005). No caso de trabalhadores de enfermagem, atinge os pacientes, organização e o próprio trabalho quando os métodos de enfrentamento falham ou são insuficientes (MENEGAZ, 2004).

A Enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante do mundo. Além disso, encontramos dificuldades em delimitar os diferentes

papéis da profissão e, assim, a falta de reconhecimento nítido entre o público, elevando a despersonalização do trabalhador em relação à profissão (MUROFUSE *et al.* 2005).

Dessa maneira, os resultados encontrados nesse trabalho estão relacionados com a realidade da profissão de Enfermeiro. Em relação a caracterização da amostra temos que, 91% dos voluntários eram mulheres, o que, para Galindo *et al.* (2012) evidencia serem mais propensas a envolver-se com profissões que prestam serviço e que estão relacionadas com pessoas, como a enfermagem. As mulheres tornam-se, portanto, mais vulneráveis a Síndrome de *Burnout*, por estarem, algumas vezes, sobrecarregadas com situações além do trabalho delas, como cuidados do lar e dos filhos, sentindo-se sobrecarregadas.

Outro ponto importante observado é sobre a faixa etária dos participantes, uma grande parte

da amostra apresenta idade entre 34 a 50 anos. De acordo com Oliveira e Araújo (2016), a Síndrome de *Burnout* também tem relação com a idade dos profissionais, pois os estudos que eles realizaram, evidenciaram que quanto maior a idade, menor será a predisposição para esta síndrome, em razão da sua maturidade, experiência na profissão e como lidar com os problemas.

Em relação ao questionário MBI, podemos observar que na dimensão emocional 70,83% dos profissionais possuem exaustão emocional de média a alta. Na dimensão da realização profissional 25% possuem risco baixo e na dimensão de despersonalização, 33% possuem risco alto.

Corroborando com nosso estudo foi realizado recentemente uma pesquisa semelhante com 83 profissionais de enfermagem que trabalham em um hospital filantrópico de São Paulo, demonstrou na aplicação do Instrumento MBI, que a dimensão exaustão emocional é semelhante ao presente estudo (47%). Já na dimensão de despersonalização, os dados foram diferenciados, pois 51% da amostra apresentou nível baixo para síndrome de *Burnout*, enquanto na realização profissional esteve em 53% dos participantes no nível moderado de síndrome (MELO *et al.*, 2021).

Campos *et al.* (2015) investigaram a prevalência da síndrome de *Burnout* em 116 profissionais de enfermagem atuantes em um hospital e em algumas Unidades Básicas de Saúde e os resultados apontaram uma alta prevalência da síndrome (47%), e um grande número de trabalhadores em risco de adoecimento (entre 41% a 49% da amostra). Tais dados se divergem um pouco do presente estudo, até pelo tamanho da amostra, que demonstrou que 4,2% dos profissionais possuem indicativo da síndrome e 25% apresentaram alto risco para o adoecimento.

Silva *et al.* (2017), identificaram os principais fatores que podem levar ao estresse laboral. A amostra do estudo foi composta por 130 profissionais de enfermagem e os resultados apontaram que o estresse está relacionado com a dimensão do controle no trabalho, pois 71,5% (n=93) dos participantes da amostra apresentavam alto risco para a síndrome de *Burnout*, sendo as atividades de maior exigência as mais prejudiciais para a saúde mental dos profissionais. Concluiu-se que a alta carga psíquica na área de saúde somada a sobrecarga emocional diante do processo de doença enfrentada por esses profissionais podem afetar a saúde mental dos mesmos.

Neste contexto, Sé, *et al.*, (2020), ao pesquisarem sobre a rotina estressante de 105 profissionais de enfermagem, encontraram prevalência divergente ao estudo em questão, pois identificaram que 77,14% desses profissionais apresentavam indicativo de Síndrome de *Burnout*. Os autores apontam que a profissão demanda exaustiva força de trabalho, tomada de ações resolutivas, altas exigências, relações humanas conflituosas, contato próximo com pacientes que precisam de cuidados intensivos em estado de sofrimento e angústia, que podem proporcionar ao enfermeiro desde a satisfação no trabalho até a fragilidade emocional.

Pimenta *et al.* (2020) corrobora com tais resultados quando avalia as condições de saúde e as características do trabalho de 152 profissionais da enfermagem, onde ficou evidenciado que a precarização das condições de trabalho podem resultar em prejuízos na saúde e qualidade de vida destes profissionais, gerando intenso sofrimento, elevação dos riscos ocupacionais e aumento no número de reações adversas e exaustão emocional.

A exaustão emocional foi observada no estudo de Valério *et al.* (2019), realizado com 78 profissionais de enfermagem atuantes em

uma unidade hospitalar. Os autores observaram que 28,2% dos residentes referiram problemas de saúde físico ou mental diagnosticado, sendo identificada uma prevalência semelhante da Síndrome de *Burnout*, pois 3,9% dos participantes apresentaram indicativo para a doença. Os autores acreditam que esses resultados são consequências da alta demanda psicológica, baixo controle do processo de trabalho e baixo apoio social por parte de sua equipe e gerência no ambiente de trabalho.

Silva e Marcolan (2020) analisaram a presença de fatores relacionados à rotina laboral e os sintomas da síndrome apresentados em 21 enfermeiros que trabalhavam em unidades de emergência intra-hospitalar de dois Hospitais Municipais de São Paulo e identificaram que 95,24% dos profissionais apresentaram estresse emocional seguido de depressão devido a sua rotina de trabalho. Tais dados reforçam os altos índices de exaustão emocional (45,83%) encontrado em nosso estudo, pois se observou que o excesso de atribuições designadas aos enfermeiros tem relação com a sobrecarga de trabalho e favorecem o adoecimento psíquico.

Contribuindo com os dados registrados em nosso estudo Barbosa *et al.* (2020) avaliaram o risco de ocorrência de Síndrome de *Burnout* em 157 profissionais de enfermagem atuantes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Os dados coletados apontaram altos índices de risco dos profissionais desenvolverem esta condição: 52,3% apresentaram moderado risco, 25,2% alto risco e 22,4% baixo risco. O estudo ressalta que os enfermeiros vivenciam sobrecarga de trabalho, longos plantões, condições inadequadas ou pressão para o cumprimento de metas estabelecidas pelas instituições além de desvalorização profissional e baixos salários.

Destaca-se que a Síndrome de *Burnout* não afeta somente os aspectos físicos e emocionais

da equipe de enfermagem, mas também contribui significativamente em sua assistência trazendo riscos e possíveis danos ao paciente que necessita de seus cuidados. Assim, o estudo de Rodrigues *et al* (2014) demonstrou que o desgaste mental agravado pela rotina da enfermagem podem gerar apatia, desânimo, hipersensibilidade emotiva, raiva, irritabilidade e ansiedade, provocando ainda despersonalização e inércia que podem acarretar em queda na produtividade e no desempenho da assistência ao paciente.

Barbosa *et al* (2020) traz clareza sobre a afirmação de que a exaustão emocional dos profissionais de enfermagem quando não minimizado pelas instituições, trazem prejuízos as mesmas, pois quando o colaborador não está capacitado para sua rotina de trabalho e sem condições de exercer sua profissão com eficiência, interfere na qualidade de vida deste profissional e no serviço e assistência prestados.

Outro estudo realizado por Sá; Silva; Funchal (2014) avalia o impacto na satisfação com o trabalho e oportunidades de crescimento. Verifica-se que quanto menor a realização profissional, maior é a probabilidade de desenvolvimento de Exaustão Emocional e de Despersonalização. Esse dado é preocupante, pois em nosso estudo identificamos baixo nível de realização profissional em 25% dos participantes, sendo que esse fator pode interferir diretamente na assistência prestada ao paciente.

Para minimizar as chances do profissional desenvolver a Síndrome de *Burnout* as instituições devem agir na prevenção desse mal. Portanto as instituições de saúde devem ouvir o profissional para que os agentes causadores do estresse sejam interpretados corretamente e assim minimizados. A partir disso deve-se oferecer apoio social da equipe de enfermagem diminuindo o desgaste causados pelo ambiente

de trabalho fortalecendo assim a saúde mental do profissional (SILVA *et al.*, 2017).

Para ocorrer a diminuição dos casos de Síndrome de *Burnout* entre os profissionais de enfermagem são necessárias mudanças gerenciais, como a oferta de boas condições de trabalho, manutenção da saúde do profissional e monitoramento da mesma, o dimensionamento adequado de enfermagem para evitar sobrecarga de trabalho, além da solução das alterações físicas e psicológicas apresentadas pelo trabalhador e um bom acolhimento do profissional em adoecimento (CAVALHERI, 2019).

Ressalta-se que o nosso estudo foi realizado em um período crítico da saúde no país, relacionado à pandemia da COVID-19. Estamos vivenciando uma grande crise na saúde em decorrência da pandemia, milhares de mortes foram registradas durante esse período desafiando o trabalho da enfermagem. Essa crise trouxe à tona para a sociedade a importância da enfermagem na assistência à saúde, porém mesmo assim a classe sofre com a deficiência do sistema de saúde (SOARES *et al.*, 2020).

Nesse período a enfermagem enfrenta vários problemas decorrentes da pandemia, tais como a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a sobrecarga de trabalho para equipes sub-dimensionadas, a falta de políticas de educação permanente e a testagem deficiente (SOARES *et al.*, 2020).

Reforçando essa ideia Marins *et al.* (2020) apontam que a equipe de enfermagem vêm sendo desencorajada a interagir de maneira próxima com outras pessoas, o que tende a aumentar o sentimento de isolamento, os profissionais têm lidado com mudanças frequentes nos protocolos de atendimento, em decorrência de no-

vas descobertas sobre a COVID-19 e ainda, costumam despende um tempo significativo do seu dia para colocar e remover os equipamentos de proteção individual, o que aumenta a exaustão relacionada ao trabalho.

CONCLUSÃO

A partir da análise da amostra de profissionais de enfermagem houve a possibilidade de identificar que o ambiente de trabalho dos mesmos é um espaço que pode implicar em estresse, tensão e danos a saúde mental da enfermagem por estar diretamente relacionada ao espaço que o sujeito estar inserido, bem como fatores psíquicos, experiências pessoais e profissionais.

Isso se explica pelo fato de que com a utilização do Instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI) verificou-se o risco do desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* na amostra de participantes, inclusive com 2 profissionais com indícios de *Burnout* e 12 com alto risco de desenvolver a síndrome.

Com base no exposto acredita-se que a perda da saúde mental por parte da equipe de enfermagem associados aos fatores estressores podem levar a uma má qualidade da assistência de enfermagem, trazendo reflexos negativos não apenas em ambiente de trabalho, atingindo de forma muito direta a sociedade e que não deve ser ignorada. Portanto faz-se necessária a implementação de estratégias de promoção da saúde mental, bem como a reorganização das condições de trabalho e a adequada atenção à saúde da enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, B.S.T *et al.* Síndrome de *Burnout*, variáveis sociodemográficas, ocupacionais e satisfação no trabalho na equipe de enfermagem hospitalar. *Revista Refacs*; v. 8; n.2; pág. 232, 2020.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T.- O Estado da Arte do *Burnout* no Brasil. *Revista Eletronica Interação Psy*- Ano 1, n.1, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Síndrome de *Burnout* o que é, quais as causas, sintomas e como tratar. 2019. Disponível em: < <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/sindrome-de-burnout>>. Acesso em 28 fev. 2021.

CAMPOS, I.C.M *et al.* Fatores Sociodemográficos e Ocupacionais Associados à Síndrome de *Burnout* em Profissionais de Enfermagem. *Revista Psicol. Reflex. Crit*, v.28 n.4. 2015.

CAMPOS, RG. *Burnout*: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.

CAVALHERI, J.C. Alterações de Saúde de Profissionais de Enfermagem em unidades Hospitalares. Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 01, 2019.

CORRÊA, R.Z.A; SOUZA, M.S; BAPTISTA, M.N. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e qualidade de vida de enfermeiros. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v.31, n.75, p.599, 2013.

DORNELES, A. J. A *et al.* Aspectos sociodemográficos e laborais associados ao *Burnout* em trabalhadores da Enfermagem Militar. *Revista Brasileira de enfermagem*. 2020.

DUTRA, H.S *et al.* *Burnout* entre profissionais de enfermagem em hospitais no Brasil. *Revista Cuidarte*. Bucaramanga Colômbia, v. 10, n. 1, p. 585, 2019.

FERREIRA, N.N; LUCCA, S.R. Síndrome de *Burnout* em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiologia*. São Paulo, v.18, n.1, p.68, 2015.

GALINDO, R.H. *et al.* Síndrome de *Burnout* entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Rev. Esc. Enfermagem*, São Paulo, v.46, n.2, p.420, 2012.

GIL. A.C. Métodos e técnicas de pesquisas social. Editora Atlas. São Paulo. 2008.

MARINS, T.V.O *et al.* Enfermeiro na linha de frente ao COVID-19: A experiência da realidade vivenciada. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 8, pág. 01, 2020.

MASLACH, C., JACKSON, S. E. The measurement of experienced *Burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, v; 2; n.1; pág. 99, 1981.

MELO. A.G *et al.* Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de Enfermagem de áreas critica. *Revista Research, Society and Development*, v. 10, p. 1, 2021.

MENEGAZ FDL. Características da incidência de *Burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública [dissertação]. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

MOREIRA, D. S *et al.* Prevalência da Síndrome de *Burnout* em Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital de Grande Porte da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7):1559, 2012.

MUROFUSE NT, ABRANCHES SS, NAPOLEÃO AA. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. *Rev LatinoamEnferm*. 13 (2):255, 2005.

PIMENTA, C.J.L *et al.* Condições de saúde e características do trabalho de enfermeiros de um hospital universitário*. *Revista Rene*; v.21; n.1; pág. 01, 2020.

RODRIGUES, E.P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. *Revista REben*;v. 67; n.2; pág. 296, 2014.

SÁ, A.M.S; SILVA, P.O.M, FUNCHAL, B. *Burnout*: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 26; n.3; pág. 664, 2014.

SANTOS, A.S.A *et al.* Síndrome de *Burnout* entre os profissionais de enfermagem que atuam na área hospitalar. *Revistas Conversas Interdisciplinares*, v. 1; n.1; pág. 01, 2017.

SÉ, A.C.S *et al.* Prevalência da síndrome de *Burnout* em enfermeiros do atendimento pré-hospitalar. *Revista Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, e940975265, 2020.

SILVA, J. L. L. *et al.* Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de *Burnout* entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Rev Bras Ter Intensiva*, v.27, n.02, 2015.

SILVA, J.L.L. *et al.* Estresse e fatores psicossociais no trabalho de enfermeiros intensivistas. *Revista Enfermeria Global*; v. 1; n.48; pág. 94, 2017.

SILVA, M.R.G.; MARCOLAN, J.F. Condições de trabalho e depressão em enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. *Revista Reben*; v. 73; n. 1; pág. 01, 2020.

SOARES, S.S.S. *et al.* De cuidador a paciente: na pandemia da Covid-19, quem defende e cuida da enfermagem brasileira?. *Revista Escola Anna Nery*, v.24; n. esp; pág. 01, 2020.

SPIEGEL, D. Transtorno de despersonalização/desrealização. Manual MSD. 2019. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-dissociativos/transtorno-de-despersonaliza%C3%A7%C3%A3o-desrealiza%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 10 dez. 2021.

VALÉRIO, R.L. *et al.* Exaustão emocional em enfermeiros residentes de unidades especializadas em hospital universitário. *Revista Research, Society and Development*, v. 9, n. 2, e198922240. 2020

Capítulo 13

INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS, NO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO-RO, CONSIDERANDO O CENÁRIO DA PANDEMIA

ISABELA MATOS AUGUSTO JACOB¹
YÁSKARA LANNE KARSTEN SOUZA SILVA¹
LEILA MATOS DA SILVA JACOB²

¹Discente – Medicina do Centro Universitário Aparício Carvalho - UNIFIMCA

²Discente – Psicologia da Faculdade Católica de Rondônia - FCR

Palavras-chave: Internações; Transtornos Mentais; Porto Velho

INTRODUÇÃO

No ano de 2020, o mundo se encontrou diante de um inimigo comum: a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, abreviação de *Coronavirus Disease*, que logo seria chamada apenas de COVID-19. Inicialmente reportada na província de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, a doença foi caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma emergência de saúde pública de importância internacional em 30 de janeiro de 2020, quando todas as 34 províncias do país reportaram casos da doença e o total de infectados já ultrapassava o número atingido pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) no ano de 2003. Em 11 de março de 2020, frente ao rápido crescimento do número de infectados e mortes pela COVID-19 nos mais diferentes países, a OMS passou a declarar a situação como uma pandemia (GIAMATTEY, 2021). Sendo assim, a humanidade precisou se adaptar ao cenário que essa enfermidade causou, adotando medidas como o uso constante de EPIs a fim de diminuir a contaminação, restrições em locais públicos, como a definição de um distanciamento entre um indivíduo e outro, a proibição da realização de eventos e o estabelecimento de horários para circulação nas ruas e locais públicos.

Porém, mesmo com todo cuidado adotado pela população, o COVID-19 ainda é uma doença que mata muitas pessoas no planeta, sendo a vacina uma necessidade para que as pessoas pudessem voltar a viver normalmente, sem o medo constante de contrair esse vírus fatal. Além desses cuidados, as pessoas precisaram lidar com outros problemas trazidos com a pandemia, como as dificuldades econômicas, a distância da família, o luto, entre muitos outros que são responsáveis por atingir diretamente a sa-

úde mental dos indivíduos, provocando doenças psicológicas graves, ao ponto de ser necessária internação do paciente.

Diante dessa situação, deve-se ressaltar a importância da atenção psicológica aos pacientes, além dos cuidados em relação aos sintomas causados pelo coronavírus e outras enfermidades. Os Centros de Atenção Psicossocial Especializada (CAPS) que é um local de assistência à saúde mental, e tem como objetivo diminuir a gravidade do sofrimento mental, objetivando a reabilitação psicossocial dos indivíduos, e proporcionar maior grau de socialização dessas pessoas (FREITAS & BISMARCK, 2020) e se destacaram como a principal porta de entrada, acolhimento e direcionamento dessas pessoas que tiveram o psicológico afetado devido a crise social causada pela pandemia, mesmo que essas doenças relacionadas à saúde mental já tenha grandes proporções mesmo antes da pandemia, pontuando que a OMS considera a depressão como o “mal do século XXI” muito antes da humanidade ser atingida pelo coronavírus.

Sendo assim o presente artigo tem como finalidade expor aos leitores a relevância do pronto atendimento psicológico para a população através de um levantamento do número de internações hospitalares por saúde mental antes e durante a pandemia na cidade de Porto Velho, tendo em vista que ela além de tudo, é uma crise psicológica. Dessa forma, contribuirá para a população de forma a aumentar o conhecimento e o reconhecimento nessa área de atuação médica, além de auxiliar na melhoria de organizações de saúde pública nesse setor, tendo em vista que é muito negligenciado, tanto pela área médica, como pela sociedade em geral.

MÉTODO

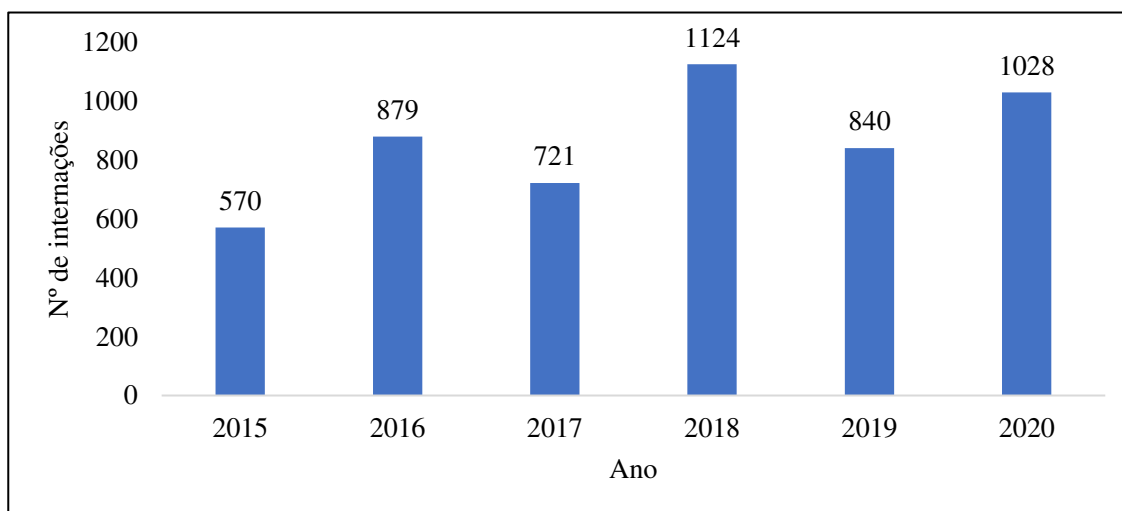
A abordagem metodológica é um estudo epidemiológico observacional descritivo populacional que visa analisar os dados obtidos através do site DATASUS, do número de internações nos estabelecimentos de saúde do município de Porto Velho-RO, considerando qualquer caráter de atendimento, decorrentes ao capítulo CID 10 V- Transtornos mentais e comportamentais, no período de 2015 a 2020, correlacionando diretamente com a influência da pandemia por covid-19 em 2020 e suas consequências no meio social. A pesquisa foi realizada na cidade de Porto Velho, capital do estado de Rondônia que fica situado no norte do Brasil e a preparação e investigação dos dados para a pesquisa serão feitas pelos softwares TabWin (DATASUS) e Excel (Microsoft). Para a análise dos dados, são utilizados os números totais

anuais para comparação de como se evolui ano após ano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O **Gráfico 13.1** ilustra de forma didática os resultados encontrados, foi elaborado de acordo com os dados coletados do DATASUS, através de um filtro específico para casos de internações hospitalares de Porto Velho, resultante do capítulo CID 10 V (Transtornos mentais e comportamentais) no período de 2015 a 2020. Assim, foi disposto em forma de tabela por meio da plataforma Excel (Microsoft). Observa-se que o número de internações hospitalares no ano de 2020 foi elevada assim como o esperado, decorrente da pandemia, porém, comparando com os demais anos, não foi o ano de número recorde em internações.

Gráfico 13.1 Internações por transtornos mentais e comportamentais. Porto Velho/RO, 2015 a 2020.



Fonte: DATASUS

Evidencia-se que no **Gráfico 13.1**, o número de internações em 2018, superou o de 2020, ou seja, mesmo a pandemia contribuindo com fatores que predispõe o aumento do número de casos, ele não superou 2018, que foi quando teve o maior número de internações, e, assim,

pode-se levantar hipóteses que justifiquem essa informação.

Durante a pandemia, a demanda por atendimento clínico de doenças, como câncer e insuficiência renal crônica, tiveram queda, pois o sentimento de pânico e o medo de se expor ao

coronavírus estão fazendo com que algumas pessoas deixem de dar a devida atenção a problemas que precisam de cuidados sérios (UMBELINO & MACHADO, 2020). Assim, é evidente que os hospitais públicos e particulares se encontram superlotados em decorrência do COVID-19 dando menos abertura para o tratamento de doenças consideradas não emergentes, quando comparadas com este vírus fatal, da mesma forma acontece com as afecções de cunho mental que podem ser colocadas em segundo plano quando se trata da necessidade de um atendimento preferencial. Por isso, muitos dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais não tiveram a internação efetiva, já que o direcionamento hospitalar, praticamente total, é focado para os cuidados do Covid-19.

Entretanto, a pandemia do coronavírus não impediu que o número de internações hospitalares por saúde mental continuasse alta, tendo em vista que o isolamento social privou a população de realizar grande parte das atividades que antes faziam parte da rotina, o que se torna um gatilho para o desenvolvimento de problemas psicológicos. Além disso, vale mencionar que, segundo a OMS, a depressão foi considerada o mal do século, então, todos os demais anos do estudo, principalmente 2018 seguiu a

afirmação da OMS, obtendo números relativamente elevados para internação hospitalar decorrente de transtornos mentais e comportamentais.

CONCLUSÃO

Durante uma pandemia é inevitável que as pessoas se sintam ameaçadas em todas as áreas de sua vida, desenvolvendo distúrbios psicológicos devido ao medo constante e todas as restrições impostas. Sendo assim, a relevância da saúde mental sempre será um assunto importante para discussão, principalmente em uma sociedade em que os números de casos e os sintomas são agudos, ao ponto de ser necessária a internação desses pacientes, recebendo cuidado hospitalar adequado. Dessa forma, cremos que este estudo possa contribuir informando a população acerca das consequências mentais que a pandemia trouxe para a população e auxiliar na melhoria dos serviços de saúde pública na área de saúde mental, tendo em vista que é uma área precária e negligenciada pela população e por muitos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011.

COELHO, R. & PARENTE, A. Perfil de internações por transtornos mentais e comportamentais no estado de Pernambuco. Revista multidisciplinar e de psicologia. Vol. 13. Nº 46 2019.

FARO, André *et al.* Covid-19 e a saúde mental: a emergência do cuidado. Estudos de psicologia. Campinas. Vol. 37. 2020.

FREITAS, B. A evolução da saúde mental do Brasil: reinserção social. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/a_evolucao_da_saude_mental_no_brasil_reinsercao_social_0.pdf>. Acesso em: 25 Mar. 2021.

GALERA, S. & CARDOSO, L. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. Ver Esc Enfem USP. São Paulo. 2010.

GIAMATTEY, Maria Eduarda Padilha; FRUTOSO, Joselma Tavares; BELLAGUARDA, Maria Lígia dos

Reis. Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: possíveis reverberações. 29 de setembro de 2021.

NERY, F.R. *et al.* Protocolo Municipal da Rede de Cuidado em Saúde Mental. Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA. Prefeitura Municipal de Porto Velho – Rondônia. São Carlos: Gráfica Futura, 2018.

Organização Mundial da Saúde. CID-V Classificação dos Transtornos Mentais e Comportamentais: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

UMBELINO, T. & MACHADO, M. Coronavírus: Pandemia provoca diminuição no tratamento de outras doenças. Correio Braziliense, Brasília, 02 de mai. de 2020. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2020/05/02/interna_cidadesdf,850544/coronavirus-pandemia-provoca-diminuicao-no-tratamento-de-outras-doenc.shtml>. Acesso em: 23 mar. 2021.

ÍNDICE REMISSIVO

<i>Adolescentes</i>	81
<i>Ansiedade</i>	56
<i>Antipsicóticos</i>	49
<i>Burnout</i>	9
<i>Cannabis</i>	68
<i>Crianças</i>	81
<i>Demência</i>	74
<i>Depressão</i>	56
<i>Depressão pós-parto</i>	42
<i>Descritivo</i>	1, 9
<i>Desenvolvimento do adolescente</i>	68
<i>Disfunção cognitiva</i>	74
<i>Distúrbio Mental</i>	1
<i>Esquizofrenia</i>	49, 74
<i>Estudantes de Enfermagem</i>	56
<i>Estudantes de medicina</i>	29
<i>Ideação suicida</i>	29
<i>Internações</i>	106
<i>Maternidade</i>	9

<i>Porto Velho</i>	106
<i>Prevenção</i>	42
<i>Profissionais de enfermagem</i>	95
<i>Psicologia</i>	42
<i>Psicopatia</i>	1
<i>Psiquiatria</i>	23
<i>Saúde da Criança</i>	18
<i>Saúde do Adolescente</i>	18
<i>Saúde do trabalhador</i>	95
<i>Saúde Mental</i>	18, 29, 95
<i>Serviços de Emergência Psiquiátrica</i>	18
<i>Síndrome de Burnout</i>	95
<i>Tabagismo</i>	49
<i>Transtorno bipolar</i>	81
<i>Transtorno de ansiedade generalizada</i>	23
<i>Transtornos do neurodesenvolvimento</i>	68
<i>Transtornos Mentais</i>	106
<i>Transtornos psiquiátricos</i>	23