SAÚDE MENTAL

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

Edição 4

Organizadores

Roberta da Silva

Guilherme Barroso L. De Freitas

EDITORA PASTEUR

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

Edição IV

Organizadores

Roberta da Silva
Guilherme Barroso L. de Freitas

EDITORA PASTEUR

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. Aline de Oliveira Brandão
(Universidade Federal de Minas Gerais - MG)
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)
Dra. Kátia da Conceição Machado
(Universidade Federal do Piauí - PI)
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
Dra. Teresa Leal

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; 299 p.; ed. III; il.

Modo de acesso: Internet
ISBN 978-65-815-4921-3
https://doi.org/10.29327/562655
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 possiblidades 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.

Drª Márcia Astrês Fernandes

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

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01 ..... **1**
O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E A DISBIOSE INTESTINAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA
CAPÍTULO 02 ..... **9**
SAÚDE MENTAL E RISCO DE SUICÍDIO EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPÍTULO 03 ..... **21**
SAÚDE MENTAL NA ERA DAS REDES SOCIAIS: UM ESTUDO PSICOLÓGICO
CAPÍTULO 04 ..... **21**
ENSINO DE COMPORTAMENTO VERBAL NO AUTISMO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
CAPÍTULO 05 ..... **41**
A RELAÇÃO DA DIABETES MELLITUS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO DE LITERATURA
CAPÍTULO 06 ..... **50**
SAÚDE MENTAL NAS COMUNIDADES RURAIS
CAPÍTULO 07 ..... **55**
O TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NA POPULAÇÃO LOCAL APÓS A TRAGÉDIA DE BRUMADINHO - MG
CAPÍTULO 08 ..... **61**
SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES DO GESTOR E DA PSICOLOGIA DO TRABALHO
CAPÍTULO 09 ..... **70**
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS QUE COMETERAM SUICÍDIO NO RIO GRANDE DO SUL NO PERÍODO DE 2015 A 2018
CAPÍTULO 10 ..... **80**
SOBRE A FINITUDE DA VIDA: O OLHAR DE ACADÊMICOS DE MEDICINA SOBRE O CONCEITO DE VIDA, EUTANÁSIA, DISTANÁSIA, ORTOTANÁSIA E MISTANÁSIA
CAPÍTULO 11 ..... **91**
EFEITOS SOBRE A SAÚDE MENTAL DA GERAÇÃO ALPHA MEDIANTE O ENCLAUSURAMENTO GERADO PELA PANDEMIA DE COVID-19
CAPÍTULO 12 ..... **98**
PATOLOGIAS PSÍQUICAS NO PÓS PANDEMIA E A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE MENTAL
CAPÍTULO 13 ..... **103**
O USO DE ÁCIDO FÓLICO NA GESTAÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA NA PREVENÇÃO DO AUTISMO: REVISÃO DE LITERATURA

SUMÁRIO

CAPÍTULO 14 ..... **108**
TRANSTORNOS ALIMENTARES ENTRE OS JOVENS: A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO PANDÊMICO
CAPÍTULO 15 ..... **120**
A INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE MENTAL: UMA ABORDAGEM FISIOLÓGICA
CAPÍTULO 16 ..... **1205**
ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DO DISTRESSE MORAL NO CONTEXTO MUNDIAL E BRASILEIRO
CAPÍTULO 17 ..... **133**
DISTRESSE MORAL VIVENCIADO POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA REFLEXÃO TEÓRICA
CAPÍTULO 18 ..... **145**
BENZODIAZEPÍNICOS: USO INDISCRIMINADO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO: UMA REVISÃO NÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA
CAPÍTULO 19 ..... **1533**
A IMPORTÂNCIA DA PSICOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR DE PACIENTES EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
CAPÍTULO 20 ..... **1600**
TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO BRASIL, 2010-2020
CAPÍTULO 21 ..... **169**
TRANSTORNO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DOR CRÔNICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA
CAPÍTULO 22 ..... **178**
SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DE MEDICINA
CAPÍTULO 23 ..... **183**
CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS, VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL EM DOCENTES DE MEDICINA
CAPÍTULO 24 ..... **1900**
O USO DE SUPLEMENTOS E VITAMINAS NO TRATAMENTO DE DESORDENS PSICOLÓGICAS E SEUS BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE MENTAL
CAPÍTULO 25 ..... **201**
TRANSTORNO DEPRESSIVO EM IDOSOS COM DEMÊNCIA
CAPÍTULO 26 ..... **2111**
ENFOQUE NO SUICÍDIO E SUA PREVALÊNCIA EM DIFERENTES PARTES DO MUNDO
CAPÍTULO 27 ..... **21818**
SÍNDROME DE BURNOUT EM TRABALHADORES DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19
CAPÍTULO 28 ..... **2244**
OS EFEITOS DA PANDEMIA DO COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

SUMÁRIO

CAPÍTULO 29 ..... **2300**

SAÚDE MENTAL: IMPACTOS DA SÍNDROME DE BURNOUT NO RENDIMENTO ACADÊMICO DE GRADUANDOS EM MEDICINA

CAPÍTULO 30 ..... **23636**

OS AGRAVOS DA DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO LGBTQIA+

CAPÍTULO 31 ..... **2422**

OS DESAFIOS DA PSIQUIATRIA FORENSE NO JULGAMENTO CRIMINAL DOS PRINCIPAIS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA SOCIEDADE MODERNA

CAPÍTULO 32 ..... **248**

AVALIAÇÃO DE IMPACTO PSICOLÓGICO EM ESTUDANTES DO ENSINO REMOTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

CAPÍTULO 33 ..... **259**

ANÁLISE CLÍNICA DO PACIENTE COM ALTERAÇÃO DE ESTADO MENTAL: UM RELATO DE CASO

CAPÍTULO 34 ..... **266**

SÍNDROME DE BURNOUT: INDICADORES PARA UM DIAGNÓSTICO ADEQUADO

CAPÍTULO 35 ..... **274**

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

CAPÍTULO 36 ..... **28585**

TRANSTORNO DE ANSIEDADE E SUA RELAÇÃO COM O SUICÍDIO NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

ÍNDICE REMESSIVO **2933**

CAPÍTULO 01

O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E A DISBIOSE INTESTINAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANA KLARA RODRIGUES ALVES[1]
BARBARA BEATRIZ LIRA DA SILVA[1]
LÍVIA FILOMENA CASTELO BRANCO MACHADO[2]
NÁDILAH GABRIELE BATISTA VILELA[2]
FRANCISCO MATHEUS CARVALHO NORONHA[2]
MARIA DE LOURDES PEREIRA IBIAPINA[2]
PÂMELA DE SOUSA MELO[2]
VICTOR ROCHA SANTOS[2]
LUIZA EMILIANA QUEIROZ BUCAR[2]
GABRIEL BRITO DA SILVA[3]
EDUARDO DE SÁ BARBOSA[3]
JOSÉ VIEIRA AMORIM FILHO[3]
JOSÉ PATRIOTINO REBELO PIRES NETO[3]
SARA DE QUEIROZ COSTA[4]
VERBENA KRIEGER ROCHA SANTOS[5]

1. Enfermeiras - Universidade Estadual do Piauí (UESPI).
2. Discente- Medicina do Centro universitário UNINOVAFAPI.
3. Discente- Medicina da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e de Saúde do Piauí.
4. Discente- Medicina da Faculdade Morgana Potrich (FAMP).
5. Médica- Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

***Palavras-chave**: Disbiose; Microbiota; Transtorno do espectro autista.*

1. INTRODUÇÃO

O transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por um transtorno do neurodesenvolvimento, na qual a criança apresenta déficits persistentes na comunicação verbal e/ou não verbal, na interação social e comportamento. A incidência global do TEA é de um caso em 100 indivíduos. A fisiopatologia do TEA, está associada a fatores genéticos, metabólicos e ambientais. Um dos fatores relacionado com a causa do TEA, são os aspectos nutricionais desses indivíduos, como a deficiência de vitamina D e a disbiose intestinal. Atualmente, o eixo intestino-cérebro se caracteriza por uma comunicação bidirecional entre as vias do sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso entérico. Podendo ser destacada a expectativa na melhora do espectro autista com a utilização, de probióticos e antibióticos, através da modulação da microbiota intestinal (FATTORUSSO *et al*., 2019).

Mesmo que a etiopatogenia exata do TEA seja pouco compreendida, nas últimas décadas, pesquisas apontaram para a interação entre a microbiota intestinal e o cérebro em pacientes com autismo ou outras doenças neuropsiquiátricas. Um número considerável de indivíduos com TEA apresenta disfunções gastrointestinais significativas, particularmente hábitos intestinais alterados e dor abdominal crônica, que acompanham suas alterações neurológicas. Os sintomas gastrointestinais (GI) de indivíduos com TEA parecem se correlacionar fortemente com a gravidade de seu TEA. A alteração da comunidade microbiana intestinal contribui para a fisiopatologia de muitas condições gastrointestinais, como doenças inflamatórias intestinais, doenças intestinais funcionais, alergias alimentares, obesidade e doenças hepáticas. Além disso, estudos recentes sugeriram que alterações na composição da microbiota intestinal (ou seja, disbiose) em crianças com TEA podem contribuir para sintomas gastrointestinais e do SNC. Estudos falam que as mudanças na microbiota intestinal como fator de risco em indivíduos geneticamente predispostos ao TEA; acredita-se que essas mudanças na microbiota intestinal influenciam o risco de TEA, influenciando o sistema imunológico e o metabolismo (IGLESIAS-VÁZQUEZ *et al*., 2020).

O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre desequilíbrio da microbiota intestinal tem com as características fisiopatológicas do TEA.

2. MÉTODO

O presente estudo utilizou como método a revisão integrativa da literatura, que conforme Galvão (2012), é uma construção de uma análise ampla da literatura com passos pré-definidos, realizado via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e por meio de uma busca nas bases de dados Medline, PubMed e SciELO (Scientific Electronic Library Online) usando os cruzamentos os descritores em “autismo spectrum disorder”, “dysbiosis”. Para a avaliação do problema de pesquisa e sua estratificação foi utilizada a estratégia PVO (População/ Problema, Variável/Resultados e Outcomes/ Desfechos) sendo formulada a seguinte estratégia que pode ser observada no **Quadro 1.1**. A estratégia supracitada permitiu formular a seguinte questão norteadora: qual a relação do desequilíbrio da microbiota intestinal com o TEA? A partir da questão norteadora foram utilizados os operadores booleanos para a sistematização das buscas com o seguinte esquema: Autismo spectrum AND disorder AND dysbiosis.

Quadro 1.1 Estratificação do problema de pesquisa seguindo estratégia PVO para formulação de pesquisa.

P População	Indivíduos com espectro autista.
V Variáveis	Fatores de risco para desenvolvimento de TEA.
O Desfechos	Verificar quais a relação da microbiota intestinal e o TEA.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos escritos na língua inglesa; publicados nos últimos 5 anos e que abordem a relação do desequilíbrio da microbiota intestinal com o TEA, sendo selecionados apenas ensaios clínicos. No que diz respeito aos critérios de exclusão, dispensaram-se artigos que se distanciavam da temática central desta revisão e trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados pesquisadas. Após a pré-leitura e leitura seletiva dos textos, foram selecionados 12 artigos (**Quadro 1.2**), nos quais realizou-se uma leitura interpretativa buscando responder à pergunta de pesquisa desta revisão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das buscas realizadas nas bases de dados, foi encontrado um total de 132 artigos, sendo selecionados, 12 artigos encontrados na base de dados PubMed.

Vários níveis de metabólitos alterados foram observados no sangue e na urina de indivíduos com TEA, muitos dos quais eram de origem bacteriana, como ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), indóis e lipopolissacarídeos (LPS). Uma barreira de sangue intestinal menos integrativa é abundante em indivíduos autistas. Isso explica o vazamento de metabólitos bacterianos para os pacientes, desencadeando novas respostas corporais ou um metabolismo alterado. Alguns outros sintomas concomitantes, como disfunção mitocondrial, estresse oxidativo nas células, junções apertadas alteradas na barreira hematoencefálica e alterações estruturais no córtex, hipocampo, amígdala e cerebelo também foram detectados (BERDING E DONOVAN, 2016; KONG *et al*., 2019).

Acredita-se que as alterações na microbiota intestinal estejam relacionadas à redução da integridade da barreira intestinal, levando ao aumento da absorção de toxinas do lúmen intestinal e ao vazamento de lipopolissacarídeos (LPS) e ácidos graxos. Todos esses mecanismos podem interferir no desenvolvimento e função cerebral, contribuindo para a patogênese do TEA por meio da modulação da neurotransmissão e conectividade cerebral, tanto em nível local quanto global. Em particular, uma alteração na conectividade cerebral é uma das bases neurais fortemente apoiadas dos sintomas do TEA (SANTOCCHI *et al*., 2016; WANG *et al*., 2020).

Pacientes com TEA apresentam metabolismo e absorção alterados de dissacarídeos no epitélio intestinal. As dissacaridases na borda em escova do íleo, como lactase, maltase glicoamilase e sacarose isomaltase, apresentaram níveis mais baixos de mRNA e, portanto, uma expressão gênica diminuída. O cotransportador de glicose dependente de sódio (SGLT1) e o transportador de glicose 2 (GLUT2) transportam glicose, galactose e frutose ativamente através das membranas luminal e basolateral dos enterócitos. Crianças autistas apresentaram níveis de mRNA significativamente diminuídos de ambos os transportadores de hexose no íleo.

Quadro 1.2 Distribuição dos artigos segundo o título, autores, objetivo, abordagem do artigo, revista e ano.

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO	ABORDAGEM	REVISTA	ANO DE PUBLICAÇÃO
New and Preliminary Evidence on Altered Oral and Gut Microbiota in Individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD): Implications for ASD Diagnosis and Subtyping Based on Microbial Biomarkers	Kong, X., Liu, J., Cetinbas, M., Sadreyev, R., Koh, M., Huang, H., Adeseye, A., He, P., Zhu, J., Russell, H., Hobbie, C., Liu, K., & Onderdonk, A. B	Fornecer evidências preliminares para o desenvolvimento de marcadores microbianos que podem ser usados para diagnosticar ou orientar o tratamento de TEA e comorbidades.	Fisiopatologia	Nutrients.	2019
Emerging roles for the gut microbiome in autism spectrum disorder	Vuong, Helen E, and Elaine Y Hsiao.	Revisar os relatos de disbiose microbiana no TEA. Discutimos ainda os efeitos potenciais da microbiota nos sintomas associados ao TEA, com base em mecanismos de sinalização para interações recíprocas entre a microbiota, imunidade, função intestinal e comportamento	Fisiopatologia	Biological Psychiatry	2017
Learning delays in a mouse model of Autism Spectrum Disorder	Amanda R Rendall, Dongnhu T Truong, R Holly Fitch.	Avaliar ainda mais o fenótipo comportamental deste modelo de camundongo, com foco no aprendizado e na memória. Cntnap2 KO e camundongos do tipo selvagem foram testados em um labirinto aquático de braço radial 4/8 por 14 dias consecutivos.	Fisiopatologia	Behavioural Brain Research	2017
Probiotics and fructo-oligosaccharide intervention modulate the microbiota-gut brain axis to improve autism spectrum reducing also the hyper-serotonergic state and the dopamine metabolism disorder	Wang Y, Li N, Yang JJ, Zhao DM, Chen B, Zhang GQ, Chen S, Cao RF, Yu H, Zhao CY, Zhao L, Ge YS, Liu Y, Zhang LH, Hu W, Zhang L, Gai ZT.	Analisar que a microbiota intestinal estava em um estado de disbiose e níveis significativamente mais baixos de Bifidobacteriales e Bifidobacterium longum foram observados no estágio de descoberta em crianças com TEA.	Fisiopatologia	Pharmacological Research	2020
Gut to brain interaction in Autism Spectrum Disorders: a randomized controlled trial on the role of probiotics on clinical, biochemical and neurophysiological parameters	Santocchi, E., Guiducci, L., Fulceri, F., Billeci, L., Buzzigoli, E., Apicella, F., Calderoni, S., Grossi, E., Morales, M. A., & Muratori, F	Determinar os efeitos da suplementação com uma mistura probiótica (Vivomixx®) em crianças com TEA não apenas em sintomas gastrointestinais específicos, mas também nos déficits centrais do transtorno, no desenvolvimento cognitivo e de linguagem e na função cerebral e conectividade.	Estudo controlado e randomizado	BMC Psychiatry.	2016

The Possible Role of the Microbiota-Gut-Brain-Axis in Autism Spectrum Disorder	Piranavie Srikantha and M. Hasan Mohajeri	Analisar as alterações específicas da microbiota intestinal observadas principalmente em pacientes autistas.	Fisiopatologia	International Journal of Molecular Sciences	2019
How colonization by microbiota in early life shapes the immune system	Gensollen, T., Iyer, S. S., Kasper, D. L., & Blumberg, R. S.	Discutir o papel da educação precoce do sistema imunológico durante essa "janela de oportunidade", quando a colonização microbiana tem um impacto potencialmente crítico na saúde e na doença humana.	Fisiopatologia	Science	2016
The Gut Microbiota and Dysbiosis in Autism Spectrum Disorders	Heather K. Hughes, Destanie Rose and Paul Ashwood	Fornecer uma visão geral dos estudos que analisam a microbiota e seus metabólitos nos transtornos do espectro do autismo (TEA) e discutir os possíveis mecanismos de ação envolvidos na influência microbiana no cérebro e no comportamento.	Fisiopatologia	Current Neurology and Neuroscience Reports	2018
The Role of Microbiome, Dietary Supplements, and Probiotics in Autism Spectrum Disorder	Bhagavathi Sundaram Sivamaruthi, Natarajan Suganthy, Periyanaina Kesika, Chaiyavat Chaiyasut	Discutir o papel da microbiota e da dieta no desenvolvimento do TEA. Também resume as atualizações recentes sobre a influência dos suplementos alimentares e o efeito benéfico dos probióticos nos sintomas do TEA.	Fisiopatologia	International Journal of Environmental Research and Public Health.	2020
Microbiome and nutrition in autism spectrum disorder: current knowledge and research needs	Kirsten Berding, Sharon M Donovan.	Revisar a base de evidências atual sobre o ambiente intestinal e o estado nutricional de crianças com TEA.	Fisiopatologia	Nutrition Reviews.	2016
Autism Spectrum Disorders and the Gut Microbiota	Antonella Fattorusso, Lorenza Di Genova, Giovanni Battista Dell'Isola, Elisabetta Mencaroni, Susanna Esposito	Analisar o conhecimento atual sobre disbiose e distúrbios gastrointestinais (GI) no TEA e avaliar as evidências atuais para o papel dos probióticos e outras abordagens não farmacológicas no tratamento de crianças com TEA.	Fisiopatologia	Nutrients	2019
Composition of Gut Microbiota in Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis	Lucía Iglesias-Vázquez, Georgette Van Ginkel Riba, Victoria Arija, Josefa Canals	Descrever e comparar a composição da microbiota intestinal em crianças com e sem TEA.	Fisiopatologia	Nutrients	2020

Consequentemente, há uma má absorção no intestino delgado e mais mono e dissacarídeos entram no intestino grosso. Assim, as bactérias que fermentam esses açúcares de baixo peso molecular lucram e superam as bactérias que degradam os polissacarídeos, levando a uma composição microbiana alterada no trato gastrointestinal. Maiores quantidades de açúcares no intestino grosso podem levar à diarreia osmótica ou esses açúcares podem servir como substratos para a produção de gases. Diarréia e inchaço são sintomas gastrointestinais observados em pacientes com TEA. Os sintomas gastrointestinais em pacientes com TEA são conhecidos por se correlacionarem com a gravidade do comportamento autista (SIVAMARUTHI *et al*., 2020; SRIKANTHA E MOHAJERI, 2019).

Evidências de disbiose microbiana no TEA vêm crescendo nos últimos anos. Além da disfunção imunológica e gastrointestinal que pode estar ligada à disbiose, há algumas evidências de que alterar a microbiota no TEA pode melhorar os comportamentos. Os primeiros estudos investigando a relação da microbiota e crianças com TEA propuseram que o uso excessivo de antibióticos levava a um crescimento excessivo de Clostridium formador de esporos., que os pesquisadores levantaram a hipótese de expor essas crianças a altos níveis de metabólitos microbianos que eram neurotóxicos. Essa hipótese foi baseada em um caso índice em que o autismo regressivo parecia coincidir com várias rodadas de uso de antibióticos, e o tratamento subsequente com vancomicina melhorou significativamente os aspectos do comportamento (HUGHES *et al*., 2018).

Não está claro se a microbiota medeia os efeitos de fatores de risco genéticos e/ou ambientais no desenvolvimento de sintomas de TEA. No entanto, evidências crescentes sugerem que a microbiota é alterada em resposta a fatores de risco etiológicos para TEA. A infecção materna é um fator de risco ambiental primário para TEA com base em numerosos estudos epidemiológicos, clínicos e animais. A modelagem da ativação imune materna em camundongos resulta em mudanças globais na composição do microbioma da prole adulta. Esta disbiose microbiana está correlacionada com anormalidades comportamentais duradouras, neuropatologias, disfunção imune e integridade gastrointestinal deficiente. Curiosamente, alterar o microbioma através do tratamento pós-natal com o comensal melhorou a fisiologia gastrointestinal e o desempenho em algumas tarefas que medem os principais comportamentos relacionados ao TEA. Da mesma forma, modelar a exposição materna ao ácido valpróico, um medicamento anticonvulsivante que está associado ao aumento do risco de TEA, resultou na prole com mudanças duradouras na composição da microbiota intestinal, bem como neuroinflamação, fisiologia gastrointestinal anormal e anormalidades comportamentais relacionadas ao TEA (VUONG E HSIAO, 2017; RENDALL *et al*., 2016).

Fatores ambientais que têm sido implicados no aumento do risco de ter um filho com TEA incluem poluição do ar, exposição a pesticidas, infecções maternas e/ou condições inflamatórios ou antibióticos durante a gravidez. Disfunção imunológica e inflamação gastrointestinal (GI) também são comuns em indivíduos com TEA e contribuem para a gravidade dos comportamentos observados no distúrbio. Novos dados sobre o papel do microbioma intestinal em distúrbios do neurodesenvolvimento levaram a teorias sobre os papéis que as bactérias comensais podem desempenhar no TEA. Não se sabe se a disfunção GI e a disbiose são sequelas do distúrbio maior ou se contri-

buem diretamente para causar TEA (GENSOLLEN *et al*., 2016).

4. CONCLUSÃO

Estudos emergentes sugerem que a microbiota é um importante regulador da fisiologia gastrointestinal, função imune e comportamental. Anormalidades em cada um desses domínios são relatadas no TEA, mas a caracterização adicional de sintomas médicos comórbidos é necessária para esclarecer a natureza, força e reprodutibilidade de associações específicas. A avaliação de antecedentes genéticos, histórico médico e gravidade do TEA, entre outras variáveis, forneceria informações sobre se sintomas particulares são enriquecidos em subtipos específicos de TEA e geraria hipóteses sobre possíveis contribuições de disbiose microbiano humano *B. fragilis*, disfunção gastrointestinal e/ou desregulação imunológica para o desenvolvimento ou persistência de comportamentos ASD. São necessários esforços semelhantes para caracterizar a microbiota comórbida, sintomas gastrointestinais e imunológicos em modelos animais novos e existentes para TEA, com ênfase na identificação de assinaturas fenotípicas convergentes em modelos de diferentes fatores de risco genéticos e ambientais de TEA. Mais experimentos são necessários para determinar se o microbioma, anormalidades gastrointestinais e/ou imunes podem causar suficientemente características comportamentais primárias do TEA.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERDING, K., DONOVAN, S. M. Microbiome and nutrition in autism spectrum disorder: current knowledge and research needs. Nutrition Reviews. 2016 Dec;74(12):723-736.

FATTORUSSO, A., DI GENOVA, L., DELL'ISOLA, G. B., MENCARONI, E., ESPOSITO, S. Autism Spectrum Disorders and the Gut Microbiota. Nutrients. 2019;11(3):521.

GALVÃO, C.M., MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R.C.C.P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: Brevidelli MM, Sertório SCM. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 2012, 105-26.

GENSOLLEN, T., IYER, S. S., KASPER, D. L., Blumberg RS. How colonization by microbiota in early life shapes the immune system. Science. 2016; 352 (62 85):539-544.

HUGHES, H. K., ROSE, D., ASHWOOD, P. The Gut Microbiota and Dysbiosis in Autism Spectrum Disorders. Current Neurology and Neuroscience Reports. 2018;18 (11):81.

IGLESIAS-VÁZQUEZ, L., VAN GINKEL, RIBA G., ARIJA, V., CANALS, J. Composition of Gut Microbiota in Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2020;12 (3):792.

KONG, X., LIU, J., CETINBAS, M., SADREYEV, R., KOH, M., HUANG, H., ADESEYE, A., HE, P., ZHU, J., RUSSELL, H., HOBBIE, C., LIU, K., ONDERDONK, A. B. New and Preliminary Evidence on Altered Oral and Gut Microbiota in Individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD): Implications for ASD Diagnosis and Subtyping Based on Microbial Biomarkers. Nutrients. 2019;11(9):2128.

RENDALL, A. R., TRUONG, D. T., FITCH, R. H. Learning delays in a mouse model of Autism Spectrum Disorder. Behavioural Brain Research. 2016 Apr 15;303: 201-7.

SANTOCCHI, E., GUIDUCCI, L., FULCERI, F., BILLECI, L., BUZZIGOLI, E., APICELLA, F., CALDERONI, S., GROSSI, E., MORALES, M. A., MURATORI, F. Gut to brain interaction in Autism Spectrum Disorders: a randomized controlled trial on the role of probiotics on clinical, biochemical and neurophysiological parameters. BMC Psychiatry. 2016;16:183.

SIVAMARUTHI, B. S., SUGANTHY, N., KESIKA, P., CHAIYASUT, C. The Role of Microbiome, Dietary Supplements, and Probiotics in Autism Spectrum Disorder. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020 Apr 12;17(8):2647.

SRIKANTHA, P., MOHAJERI, M. H. The Possible Role of the Microbiota-Gut-Brain-Axis in Autism Spectrum Disorder. International Journal of Molecular Sciences. 2019;20(9):2115.

VUONG, H. E., HSIAO, E. Y. Emerging Roles for the Gut Microbiome in Autism Spectrum Disorder. Biological Psychiatry. 2017;81(5):411-423.

WANG, Y., LI, N., YANG, J. J., ZHAO, D. M., CHEN, B., ZHANG, G. Q., CHEN, S., CAO, R. F., YU, H., ZHAO, C. Y., ZHAO, L., GE, Y. S., LIU, Y., ZHANG, L. H., HU, W., ZHANG, L., GAI, Z, T. Probiotics and fructo-oligosaccharide intervention modulate the microbiota-gut brain axis to improve autism spectrum reducing also the hyper-serotonergic state and the dopamine metabolism disorder. Pharmacological Research. 2020 Jul;157:104784.

CAPÍTULO 02

SAÚDE MENTAL E RISCO DE SUICÍDIO EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ELIANY NAZARÉ OLIVEIRA[1]

MARIA DAS GRAÇAS RODRIGUES MOREIRA[2]

ROBERTA MAGDA MARTINS MOREIRA[3]

GLEISSON FERREIRA LIMA[4]

HELIANDRA LINHARES ARAGÃO[5]

JOÃO BRENO CAVALCANTE COSTA[5]

FLÁVIO ARAÚJO PRADO[6]

LORENNA SARAIVA VIANA[7]

DANYELA DOS SANTOS LIMA[5]

CAIO SAN RODRIGUES[2]

EMÍLIA DO NASCIMENTO SILVA[2]

LETÍCIA MARA CAVALCANTE LIMA[2]

1. Docente - Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.
2. Discente - Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.
3. Docente – Enfermagem da Faculdade Ieducare - FIED
4. Discente - Residência multiprofissional em saúde da família e residência multiprofissional em saúde mental – Sobral/Ceará
5. Discente – Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará
6. Enfermeiro - Prefeitura Municipal de Forquilha, Ceará
7. Enfermeira – Prefeitura Municipal de Sobral, Ceará

Palavras-chave: Suicídio; Transtorno mental; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

1. INTRODUÇÃO

O Consumo de Substâncias Psicoativas (SPA), sejam legalizadas ou não, caracteriza-se como prática presente desde a formação da humanidade, sujeita a condições de abuso e dependência nos mais diversos cenários da realidade econômica, social, medicinal e religiosa dos cidadãos. Porém, considera-se que a utilização de substâncias atrelada ao uso excessivo se torna fator prejudicial ao bem-estar das pessoas, por consequência, a situação se transfira em alarmante para as instituições públicas, tornando-se necessário desenvolver ações para preveni-la, de forma intersetorial (TRINDADE; DINIZ; SÁ-JÚNIOR, 2018).

Calcula-se que, nos Estados Unidos da América, número de 153 a 300 milhões de pessoas na faixa etária de 15 a 64 anos utilizaram SPA ilícitas pelo menos uma vez em 2010, quantidade que equivale a 6,6% dos habitantes do planeta, dentre esse intervalo de idades. Assim, o contexto permite notar que os óbitos referentes às SPA permaneceram entre 0,5% e 1,3% de todas as causas nas idades entre 15 e 64 anos, no mundo inteiro. No Brasil, cerca de 67 milhões de pessoas consomem álcool regularmente, das quais, 17% apresentam uso abusivo (UNITED NATIONS, 2012).

O abuso de álcool e outras drogas tornou-se prática cotidiana e hábito adotado pelos homens em toda trajetória de vida. Esse costume gerava angústia e culpa após o consumo, isso é evidenciado quando relatam que para não descontar a raiva que sentem por ser dependente de substâncias psicoativas nos familiares, optavam pela autoagressão, ou seja, pela tentativa suicídio, como maneira de punição por ter esse hábito (RIBEIRO *et al*., 2016).

Nesse sentido, destaca-se a importância das políticas públicas voltadas para este enfrentamento no país, em que se aponta a Rede de Atenção Psicossocial, a qual busca a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e decorrentes do uso de SPA, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), com estratégias de redução de danos sociais e à saúde. Entretanto, em 2019, o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, substituiu a ideia de redução de danos, para diminuição de demanda e oferta, com objetivo focal na abstinência em relação ao uso de SPA, de modo a limitar a demanda com estratégias de prevenção (BRASIL, 2019).

Nessa perspectiva, ressalta-se a necessidade de intervenções amplas, uma vez que as SPA causam impacto mundial e podem desencadear mudanças de comportamento e consequências danosas à saúde dos indivíduos, com destaque para ligação desta com o comportamento suicida, já que aumenta a probabilidade de ocorrência, sendo a ideação de morte impulsionada pelo efeito da SPA, atuando como motivação ou estimulante (PAIVA *et al*., 2018). O suicídio é considerado problema de saúde pública, pois, no ano de 2012, houve estimativa de 804 mortes por suicídio no mundo, com taxa global de 11,60 óbitos por 100 mil habitantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Enfatiza-se que, em números absolutos, o Brasil está entre os dez países com números de suicídios mais elevados, são mais de 10.200 casos no ano de 2012, o que corresponde a mais de 28 mortes por dia. Na Região Sul do país, o Rio Grande do Sul é o estado com maior taxa de mortalidade causada por suicídio. A quantidade cresce de forma preocupante, diferente das mortes de causa violenta, que evoluem de forma moderada (BRASIL, 2020).

Nos anos de 2010 a 2014, a taxa média de mortalidade por suicídio no Nordeste foi de 5,14 óbitos para cada 100 mil habitantes, em que cerca de 75% dos municípios apresentaram

taxa máxima de até 7,19 para 100 mil habitantes. O Ceará foi o segundo estado com maior valor, com taxa média de 6,92 e valor máximo de 17,30, em um município do estado, demonstrando índices altos, ao comparar com a taxa nacional (SANTOS; BARBOSA, 2017).

Para Magnani e Staudt (2018), o comportamento suicida é explicado a partir de três divisões: ideação, tentativa e suicídio consumado. A ideação consiste em ter pensamentos sobre tirar a própria vida, neste caso, quando identificada, pode-se intervir de forma preventiva; a tentativa é definida pelo comportamento autodestrutivo, no qual não se chega a cometer o dano letal, em que as intervenções nessa fase são essenciais, visto que existem chances de se repetirem os episódios; e o suicídio se caracteriza pelo comportamento autodestruidor consumado.

Ademais, enfatiza-se que existem alguns transtornos psiquiátricos frequentemente associados ao comportamento suicida, como a depressão, o transtorno bipolar, a esquizofrenia e o transtorno relacionado ao uso abusivo de álcool e outras SPA. Alguns atributos da personalidade, realidades pessoais, como desemprego, frustações em relações amorosas e desigualdade social também podem ser considerados fatores de risco, e, quando há união dessas circunstâncias, a situação de risco é potencializada (FÉLIX, 2016). Diante do exposto, a hipótese é de que o uso de SPA aumenta as possibilidades de o usuário cometer suicídio.

O consumo de álcool e outras drogas se faz presente, no mundo, na vida dos homens desde a infância, perpassando a fase adulta e influenciando o cotidiano e as relações sociais. O abuso de substâncias, a ausência de drogas, as mudanças bruscas de comportamento e as situações decorrentes do mundo social que faziam parte auxiliam na realização da tentativa de suicídio (RIBEIRO *et al*., 2016).

Logo, objetivou-se descrever a situação da saúde mental e a existência do risco de suicídio em usuários de substância psicoativas atendidos nos serviços de saúde.

2. MÉTODO

Trata-se de pesquisa com abordagem quantitativa, a partir de recorte de pesquisa mais ampla intitulada “Saúde mental e risco de suicídio em usuários de drogas”, financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Cientifico e Tecnológico (FUNCAP), mediante Bolsa de Produtividade em Pesquisa e Estímulo à Interiorização (BPI).

A pesquisa foi realizada em município que pertence a 11ª Região de Saúde do Ceará (11ª CRES), em que se elencou como critério de inclusão: a cidade possuir um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral ou um CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD). No caso do cenário deste estudo, o município contava com um Centro de Atenção Psicossocial I, assim, consideraram-se, também, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os serviços na Rede de Atenção Psicossocial como locais de identificação e abordagem dos usuários de substâncias psicoativas. Elegeram-se as duas maiores Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

Os participantes do estudo foram os usuários de SPA acompanhados nos serviços supracitados, e excluíram-se aqueles que apresentaram algum déficit cognitivo grave ou que não tinham condições de serem entrevistados por ausência de comunicação verbal ou por estarem sob o efeito de alguma substância química.

A partir desse cenário, calculou-se a amostra com base nos atendimentos realizados aos usuários de SPA identificados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com a fórmula para população fi-

nita. Assim, para população de 50 usuários, fixou-se nível de confiança em 95% e erro absoluto em 5%, totalizando 42 usuários de SPA acompanhados no CAPS I e ESF do referido município, que foram coletados de maio a junho de 2019.

Os participantes garantiram consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, posteriormente, realizou-se a coleta de dados a partir de informações constantes no prontuário e entrevista semiestruturada subsidiada por quatro instrumentos, com tempo médio para aplicação em 30 minutos, realizada em sala reservada no próprio serviço, a fim de garantir a privacidade. Os usuários entrevistados na ESF foram aqueles indicados por Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), os quais marcaram o dia da entrevista, em que se aproveitou o momento para realizar grupo de educação em saúde sobre o uso de SPA.

Os instrumentos foram o formulário sociodemográfico, clínico e padrão de consumo - *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) - e o Índice de Risco de Suicídio (IRIS).

O formulário sociodemográfico, clínico e de padrão de consumo buscou caracterizar os participantes quanto às variáveis sexo, idade, naturalidade, município de residência, cor da pele autorreferida/raça, religião, escolaridade, ocupação, estado civil, número de filhos, renda familiar (em salários-mínimos), número de moradores no domicílio e situação de moradia. Nos aspectos clínicos, investigaram-se a hipótese diagnóstica principal e a presença de comorbidades clínicas ou psiquiátricas, bem como a relação destas com o uso de SPA, para avaliar se foi antecessora ou posterior ao uso. No que concerne ao consumo de SPA, questionou-se a idade do primeiro uso da SPA, a SPA de primeiro uso, a mais utilizada atualmente (de escolha), e a SPA problema, a presença de histórico familiar de uso de SPA, assim como o tempo em abstinência dessas substâncias.

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), traduzido como Questionário de Autorrelato, foi originalmente desenvolvido por Harding (1980), em oito países, composto por 30 questões (SQR-30) que buscavam rastreamento psiquiátrico, em que 20 abordam os sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não psicóticos, quatro para investigar transtornos psicóticos, um para convulsão e cinco para transtorno relacionado ao uso de álcool (LIMA; HOTOPF; MARI, 1999). Entretanto, as variáveis para investigar psicose ficaram em desuso, devido à baixa sensibilidade, que possibilitou adaptação do instrumento com 20 questões para rastreamento de transtornos não psicóticos (SRQ-20), sendo, inclusive, recomendado pela OMS, pela facilidade de manuseio e pelo custo reduzido. É constituído de 20 questões e se utiliza como ponto de corte 7/8 para presença de transtorno não psicótico ou sofrimento mental, em que se destaca a funcionalidade para rastreamento e não diagnóstico, apresentando sensibilidade de 86,33%, especificidade de 89,31%, valores preditivos positivos e negativos de 76,43% e 94,25%, respectivamente (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSK, 2008).

O Índice de Risco de Suicídio (IRIS) é visto como de rápida e simples execução para investigação do risco de suicídio. É composto por 12 itens referentes a aspectos sociodemográficos, ao contexto envolvido e à esfera suicida, cujo escore total máximo é 20: (3x1) + (7x2) + 3= 20, ou com a presença de plano suicida, já obtém o escore total permitido. Para isso, estimaram-se pontos de cortes, divididos em três grupos, como risco reduzido, com escore menor que cinco; risco intermédio, com escore total entre cinco e nove; e risco elevado, com valor total maior ou igual a 10 (VEIGA *et al*., 2014).

Os dados foram analisados com estatística descritiva, com objetivo de descrever e sintetizar os dados, a fim de permitir visão global da variação desses valores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011), para isso, utilizou-se do software R.

Quanto aos aspectos éticos, reitera-se que o estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012), e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), conforme parecer nº 2.739.560.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos resultados, quanto ao perfil clínico, verificou-se, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas, bem como a relação com o uso de SPA, como observado na **Tabela 2.1**.

Tabela 2.1 Distribuição dos aspectos clínicos dos usuários de substâncias psicoativas de um município da 11° Região de Saúde do Ceará, Ceará, 2019.

Variáveis	N	%	IC95%
CID 10*			
F10	2	4,8	0,8 – 17,4
F17	10	23,8	12,6 – 39,8
F19	30	71,4	55,2 – 83,8
Comorbidades clínicas			
Presente	19	45,2	30,2 – 61,2
Sistema cardiovascular	8	19,0	9,1 – 34,6
Sistema endócrino	5	11,9	4,5 – 26,4
Sistema gastrointestinal	6	14,3	5,9 – 29,2
Anemia	1	2,4	0,1 – 14,1
Sistema musculoesquelético	3	7,2	1,9 – 20,5
Sistema respiratório	2	4,8	0,8 – 17,4
Sistema nervoso	2	4,8	0,8 – 17,4
Ausente	23	54,8	38,9 - 69,8
Comorbidades psiquiátricas			
Presente	6	14,3	5,9 – 29,2
Esquizofrenia	1	2,4	0,1 – 14,1
Ansiedade	2	4,8	0,8 – 17,4
Depressão	6	14,3	5,9 – 29,2
Ausente	36	85,4	70,8 – 94,0
Comorbidade psiquiátrica e uso de substâncias			
Depois do uso de substâncias	6	14,3	5,9 – 29,2
Não apresenta comorbidades	36	85,7	70,8 – 94,0

Fonte: Os autores, 2019. *F10: Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool. F17: Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de derivados do tabaco. F19: Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de múltiplas substâncias.

Para as comorbidades psiquiátricas, assinalou-se mais de uma opção, para corresponder os participantes que apresentavam dois ou mais diagnósticos, por isso, a presença de comorbidades (n=6) superaram a quantidade de pessoas com esses diagnósticos (n=9).

Quanto ao consumo de SPA, investigou-se sobre a idade de primeiro uso das SPA, a substância de primeiro uso mais presente, as SPA mais utilizadas, a SPA elencada como problema e o histórico familiar de SPA, as quais estão contidas na **Tabela 2.2**.

Tabela 2.2 Distribuição dos aspectos sobre o consumo de SPA entre usuários de um município da 11° Região de Saúde do Ceará, Ceará, 2019.

Variáveis	N	%	IC95%
Idade de primeiro uso das substâncias			
8 – 14	22	52,4	36,6- 67,7
15 - 21	17	40,5	26,0 – 56,6
> 21	3	7,2	1,9 – 20,5
Substância de primeiro uso			
Derivados do tabaco	26	61,9	45,6 – 76,0
Bebida alcoólica	17	40,5	26,0 – 56,6
Hipnóticos ou sedativos	1	2,4	0,1 – 14,1
Substâncias mais utilizadas			
Derivados do tabaco	37	88,1	73,6 - 95,5
Maconha	8	19,0	9,1 – 34,6
Inalantes	1	2,4	0,1 – 14,1
Bebida alcoólica	32	76,2	60,2 – 87,4
Cocaína/Crack	9	21,4	10,8 – 37,2
Hipnóticos ou sedativos	1	2,4	0,1 – 14,1
Substância problema			
Derivados do tabaco	20	47,6	32,3 – 63,4
Bebida alcoólica	16	38,1	24,0 – 54,3
Cocaína/Crack	7	16,7	7,5 – 32,0
Histórico familiar de uso de substâncias			
Sim	39	92,8	79,4 – 98,1
Não	3	7,2	1,9 – 20,5

Fonte: Os autores, 2019. *Maconha, inalantes, alucinógenos, estimulantes, anfetaminas ou êxtase, hipnóticos ou sedativos e opioides não foram elencadas como substâncias problema. *Nos tópicos substâncias de primeiro uso, substâncias mais utilizadas e substâncias problemas, assinalou-se mais de uma opção.

Em relação aos aspectos relacionados ao transtorno mental comum, merece atenção as respostas positivas de algumas perguntas: “você dorme mal?”, observado em 76,2 % (n=32);“falta de apetite” que esteve presente em 57,1% (n=24); “assusta-se ou fica com medo com facilidade” que foi visto em 59,5% (n=25); “sente-se nervoso, tenso ou preocupado” em 71,4% (n=30); “sente-se cansado todo

tempo", em 64,3% (n= 27); e "fica cansado com facilidade", percebido em 69% (n= 29), conforme **Tabela 2.3.**

Tabela 2.3 Apresentação das dimensões referentes ao transtorno mental comum nos usuários de substâncias psicoativas de um município da 11° Região de Saúde do Ceará, Ceará, 2019.

Variáveis	N	%	IC95%
Transtorno mental comum			
Ausente	16	38,1	24,0 – 54,3
Presente	26	61,9	45,6 – 76,0
Aspectos relacionados à saúde mental			
Dorme mal	32	76,2	60,2 - 87,4
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	30	71,4	55,2 - 83,8
Fica cansado com facilidade	29	69,0	52,7 – 81,9
Sente-se cansado todo tempo	27	64,3	48,0 – 78,0
Assusta-se ou fica com medo com facilidade	25	59,5	43,3 -74,0
Falta de apetite	24	57,1	41,1 -71,9
Sente-se infeliz ou triste ultimamente	24	57,1	41,1 - 71,9
Mãos tremem	21	50,0	35,5 – 64,5
Dor de cabeça com frequência	20	47,6	32,3 - 63,4
Dificuldades para tomar decisões	17	40,5	26,0 – 56,6
Tem sensações desagradáveis no estômago	16	38,1	24,0 – 54,3
Má digestão ou sofre de perturbação digestiva	13	31,0	18,1 - 47,2
Dificuldade para pensar com clareza	13	31,0	18,1 - 47,2
Tem chorado mais do que o comum	13	31,0	18,1 - 47,2
Perdeu ou tem perdido o interesse nas coisas	13	31,0	18,1 - 47,2
Já pensou em tentar suicídio ou acabar com a vida	13	31,0	18,1 - 47,2
Dificuldades para gostar ou ter satisfação nas atividades diárias	7	16,7	7,5 - 32,0
Sente-se incapaz de ter papel útil na vida	2	4,8	0,8 – 17,4
Acha que é uma pessoa inútil ou não vale nada	2	4,8	0,8 – 17,4
O trabalho causa sofrimento ou tormento	1	2,4	0,1 – 14,1

Fonte: Os autores, 2019.

Ao avaliar o risco de suicídio, observou-se, a partir dos valores, que 57,1 % (n=24) dos usuários se concentraram no risco moderado. Como fatores de risco, perceberam-se sexo masculino, 59,5% (n=25); religiosidade ausente, 76,2 % (n=32); e perda recente marcante, 57,1% (n=24), conforme **Tabela 2.4**.

Tabela 2.4 Apresentação das dimensões referentes ao risco de suicídio nos usuários de substâncias psicoativas de um município da 11° Região de Saúde do Ceará, Ceará, 2019.

Variáveis	N	%	IC95%
Risco de suicídio			
Leve	8	19,1	9,1 – 34,6

Moderado	24	57,1	41,1 – 71,9
Alto	10	23,8	12,6 – 39,8
Aspectos relacionados ao suicídio			
Sexo masculino	25	59,5	43,3 – 74,0
Maior ou igual que 45 anos	13	31,0	18,1 - 47,2
Religiosidade ausente	32	76,2	60,2 – 87,4
Isolamento	11	26,2	14,4 – 42,3
Perda recente marcante	24	57,1	41,1 – 71,9
Doença física incapacitante	3	7,2	1,9 – 20,5
Abuso de drogas	42	100,0	89,5 – 100,0
Doença psíquica grave	5	11,9	4,5 – 26,4
Histórico de internamento psiquiátrico	8	19,0	9,1 – 34,6
Histórico familiar de suicídio	1	2,4	0,1 – 14,1
Histórico de comportamento suicida	11	26,2	14,4 – 42,3

Fonte: Os autores, 2019.

Observou-se que a maioria foi homem (61,9%), com diagnóstico F19 (88,1%), que iniciou o uso de SPA entre oito e 14 anos (52,4%), com derivados do tabaco, como a SPA mais utilizada (88,1%), a problema (47,6%) e a escolhida como de primeiro uso (61,9%). Em 45,2% (n=19), detectaram-se comorbidades clínicas, 61,9% (n=26) apresentaram algum transtorno mental comum e, quanto ao índice de risco de suicídio, 57,1 % (n=24) com risco moderado e 23,8% (n=10) com risco alto.

Observou-se neste estudo quantidade superior de usuários do sexo masculino, sendo confirmada em outra pesquisa realizada em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, a qual afirma que os homens estão mais propensos ao uso de SPA, por mais tempo e em quantidade e frequência maior do que as mulheres (ANDRADE; CORRÊA, 2017).

Quanto à escolaridade, houve maior frequência do ensino fundamental incompleto. No estudo de Silva e Marcolan (2022), para escolaridade, no Brasil, em 2017 e 2018, o maior percentual proporcional foi de pessoas com oito a 11 anos de estudo, 33,1% e 35,6%, respectivamente. Nos anos anteriores, 2013, 2014 e 2015, o maior percentual era de pessoas com quatro a sete anos de estudo, 33,5, 32,9 e 33,6%, mutuamente. Na série histórica de 1996 a 2018, as taxas aumentaram 824% para as pessoas entre oito e 11 anos de escolaridade e 520,3% para as com 12 anos e mais de estudo.

Em relação ao perfil socioeconômico, o salário-mínimo foi declarado pela maioria dos entrevistados (45,2%). Em outra pesquisa, encontrou-se resultado similar (ANDRADE; CORRÊA, 2017). A partir da Tabela 2.1, verifica-se que 71,4% dos usuários receberam diagnóstico de F19, o qual se refere aos transtornos mentais e comportamentais relacionado ao uso de múltiplas drogas. Destaca-se que, quando o indivíduo está em tratamento, o múltiplo uso de substâncias pode afetar negativamente o curso, uma vez que esse o uso simultâneo pode causar efeitos clínicos, comportamentos adversos e promover maior ocorrência de psicopatologias (MOREIRA *et al*., 2020).

Em pesquisa realizada em duas comunidades terapêuticas, verificou-se presença de comorbidades clínicas em 21,1% dos entrevistados, sendo a hipertensão arterial sistêmica a condição mais citada (DANIELI *et al*., 2017).

Ao comparar com a frequência encontrada neste estudo, observou-se pela **Tabela 2.1** que 45,2% apresentaram rastreamento positivo, sendo o sistema cardiovascular o mais acometido (19%). Também, identificou-se que 14,3% (n=6) apresentavam comorbidades psiquiátricas, com ênfase maior para depressão. Desta forma, encontrou-se na literatura que o uso abusivo de álcool e outras SPA ocasionam efeitos que provocam alterações na personalidade e tomada de decisões, as quais podem prejudicar as relações e o convívio social, aumentando a probabilidade de comorbidades associadas, como a depressão e ansiedade (MOREIRA *et al*., 2020).

Quanto ao perfil de consumo dos usuários, notou-se pela **Tabela 2.2** que os derivados do tabaco lideraram como substâncias mais usadas, estando em consonância com os achados de pesquisa realizada em CAPS AD III, em Palmas/Tocantins, Brasil. A partir disso, ressalta-se que dentre os indivíduos que fazem uso do cigarro, a maior parcela possui transtornos psiquiátricos e características singulares, necessitando de cuidado diferenciado e formação de subgrupos específicos (CÂMARA; MARTINS, 2017). Relaciona-se a elevada taxa de tabagismo com o grau de severidade do transtorno mental (FLUHARTY *et al.*, 2017).

Destaca-se que os transtornos mentais comuns afetam um terço da população geral, em idades variadas, sendo responsáveis por 12% das doenças (LUCCHESE *et al*., 2014). Assim, a partir da Tabela 2.3, percebe-se que o TMC esteve presente em 61,9% dos entrevistados, valor que merece atenção, quando comparado a outro estudo realizado com pessoas que, em maioria, não faziam uso de SPA, cuja prevalência foi de 23,2% (SOUZA *et al*., 2017).

Ainda na **Tabela 2.3**, verifica-se que a maioria dos usuários, declararam que "dorme mal". Para tanto, evidências internacionais indicam que ocorre risco significativo de transtorno mental induzido por álcool e transtorno do sono (LEE *et al*., 2021). Ademais, grande parte elencou ter falta de apetite, corroborando estudo que verificou o impacto do uso de SPA na saúde física e mental do usuário de SPA e revelou que os entrevistados tiveram alterações na qualidade da alimentação, no que diz respeito à frequência e quantidade. Portanto, as consequências incluíram emagrecimento e debilidade no corpo, reforçando o encontrado neste estudo (SILVA *et al*., 2016).

Enfatiza-se que, além das queixas e dos sintomas citados, os transtornos mentais comuns incluem também quadros depressivos, ansiosos e somatoformes descritos nos manuais diagnósticos. Por isso, a importância de identificar, de forma precoce, esses transtornos e o quadro clínico nos usuários de SPA, para que seja possível intervir precocemente e evitar consequências danosas à saúde e à vida.

Nessa perspectiva na **Tabela 2.4**, avaliou-se o risco de suicídio nos usuários de SPA, em que 57,1% apresentaram risco moderado e 23,8% elevado, ficando evidente a relação existente entre uso de SPA e suicídio, sendo confirmado, em outro estudo, que os participantes eram usuários em tratamento, havendo ideação suicida em 60% dos participantes e, em 30,7%, tentativa de cometer o ato (CAPISTRANO *et al*., 2018). No tocante a esse aspecto, a literatura aponta que os casos tiveram risco de transtorno mental induzido por álcool, transtorno mental induzido por drogas, esquizofrenia, transtorno bipolar, depressivo, de ansiedade, de persona-lidade e de adaptação (LEE *et al*., 2021).

Na **Tabela 2.4** um dos aspectos relacionados ao risco de suicídio que merece destaque foi a prevalência em homens (59,5%) que, em comparação com as mulheres, o sexo masculino possui mais chances de concretizar o ato suici-

da, algo que pode significar a presença de um propósito de morte mais consistente. Estudo revela que os métodos de escolha dos homens são os que têm alto grau de letalidade, como enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de locais elevados (FÉLIX *et al*., 2016).

Salienta-se, também, a ausência de religiosidade na maioria dos entrevistados (76,2%), dado de alerta, visto que forte ligação à religiosidade pode ser considerada fator de proteção, pois possui relação com indicadores de bem-estar mental (satisfação de vida, felicidade, afeto positivo e moral superior) e nível reduzido de depressão, ideação suicida e consumo de drogas (RANUZI, 2018).

Ademais, destaca-se que 26,2% apresentavam história prévia de comportamento suicida, o qual corresponde a um fator de risco em potencial para uma nova tentativa de suicídio, e, associada ao uso abusivo de SPA, pode duplicar esse risco. Por isso, a importância de monitoramento para as pessoas que já apresentaram comportamento autolesivo, com a finalidade de minimizar possíveis futuras tentativas ou, até mesmo, suicídio consumado.

4. CONCLUSÃO

Conheceu-se o perfil clínico dos usuários de SPA, bem como as SPA mais utilizadas e as repercussões associadas à saúde mental e ao risco para o suicídio. A maioria apresentou risco de suicídio moderado, seguido daqueles com risco elevado, além disso, com diagnóstico F19, indicando o tabaco como a substância problema, SPA de primeira escolha e a mais utilizada, diagnósticos com comorbidades clínicas na maioria, e algum transtorno mental comum e risco de suicídio moderado.

Assim, o estudo mostrou-se relevante para compreensão das manifestações físicas e psicológicas ocasionadas pelo uso abusivo de SPA, podendo suscitar nos profissionais maior atenção sobre a qualidade da assistência prestada aos usuários e favorecer a criação de medidas para intervir nessa problemática, com intuito de reduzir o sofrimento mental e, por consequência, minimizar as chances do comportamento suicida.

Evidencia-se, portanto, importância de novas investigações que busquem identificar os fatores de risco e proteção para o consumo de SPA, principalmente em adolescentes, uma vez que, nesta pesquisa, observou-se ser o público-alvo para experimentação da SPA. Torna-se importante também ampliar a compreensão acerca da relação existente entre o abuso de substâncias psicoativas e a ideação suicida, na perspectiva qualitativa, na tentativa de compreender as histórias pessoais e experiências dos usuários no contexto dessa relação

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, A.; CORRÊA, R. A caracterização da cultura do crack, acessibilidade e formas de uso nos centros de atenção psicossocial de álcool e drogas no Distrito Federal. Tempus Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v.11, n.3, p. 36-49. 2017.

BRASIL. Diário Oficial da União. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Departamento de Informática e Informação do Ministério da Saúde (DATASUS). Informações de Saúde. 2020. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 30 de mar. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

CÂMARA, H.S.; MARTINS, M.L. Uso de substâncias psicoativas e perfil nutricional de usuários do CAPS AD III, Palmas/TO. Revista Ciência em Extensão, São Paulo, v.13, n.1. 2017.

CAPISTRANO, F.C. *et al.* Consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas por pessoas em tratamento. Saúde e Pesquisa, Maringá, v.11, n.1, mai. 2018.

DANIELI, R.V. *et al.* Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.66, n.3, jul-set. 2017.

FÉLIX, T. A. *et al*. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. Revista Contexto & Saúde, v. 16, n.31, p. 173-85, 2016.

FLUHARTY, M. *et al.* The Association of Cigarette Smoking with Depression and Anxiety: A systematic review. Nicotine & Tobacco Research, Oxford, v.19, n.1, p.3-13. jan. 2017.

GOLÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSK, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 380-390, fev. 2008.

LEE, Wan-Chen *et al*. Utilização de serviços de saúde e comorbidades psiquiátricas e físicas antes da mortalidade por suicídio em pacientes com transtorno por uso de metanfetaminas: um estudo de caso-controle nacional. Addctive Behaviors, Taiwan, v. 126, p. 1-8, 24 nov. 2021.

LIMA, M.S.; HOTOPF, M.; MARI, J.J. Transtorno psiquiátrico e uso de benzodiazepínicos: um exemplo da lei do atendimento inverso do Brasil. Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology, v. 34, n.6, p. 316-322.1999.

LUCCHESE, R. *et al*. Prevalence of common mental disorders in primary health care. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.27, n.3, p.200-207, mai.-jun. 2014.

MAGNANI, R.; STAUDT, A. Estilos Parentais e Suicídio na Adolescência: Uma Reflexão Acerca dos Fatores de Proteção. Pensando Famílias, Porto Alegre, v.22, n.1, 75-86, jan./jun. 2018.

MOREIRA, R.M.M. *et al*. Transtorno mental e risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas: uma revisão integrativa. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 1-10, mar. 2020.

PAIVA, H.N. *et al*. Associação do uso de drogas lícitas e ilícitas, sexo e condição socioeconômica entre adolescentes de 12 anos de idade. Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 153-9, 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

RANUZI, C. Pensamento Suicida, Depressão e Religiosidade em uma População Privada de Liberdade. Uberaba. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde). Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2018.

RIBEIRO, DANILO BERTASSO *et al.* Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2016, v. 37, n. 1.

SANTOS, E.G.O.; BARBOSA, I.R. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p.371-8, 2017.

SILVA, E. *et al*. Impacto das Drogas na Saúde Física e Mental de Dependentes Químicos. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 15, n.1, p.101-108, jun. 2016.

SILVA, D. A. da; MARCOLAN, J. F. Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica. Medicina (Ribeirão Preto), *[S. l.]*, v. 54, n. 4, p. e-181793, 2022.

SOUZA, L.S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto, n. 18, p.57-66, dez. 2017.

TRINDADE, B.; DINIZ, A.; JÚNIOR, A. Uso de drogas entre estudantes universitários: uma perspectiva nacional. Boletim de Medicina e Saúde de Brasília, Brasília, v.7, n.1, p.52-60, jan-abr. 2018.

UNITED NATIONS. Word Drug Report 12. New York: United Nations publication. 2012. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report. 2012.

VEIGA, F.A. *et al.* IRIS: Um novo índice de avaliação do risco de suicídio. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 35, n.2, p. 65-72, nov. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO. 2014.

CAPÍTULO 03

SAÚDE MENTAL NA ERA DAS REDES SOCIAIS: UM ESTUDO PSICOLÓGICO

LANNA DO CARMO CARVALHO[1]
ANNA EDUARDA LINHARES RODRIGUES[2]
DAYANE MOREIRA DUARTE[3]
IAGO MARTINS ALMEIDA SANTOS[1]
JOSÉ TALISON VIEIRA[4]
MÁRCIO HENRIQUE DE CARVALHO RIBEIRO[5]
SOFIA CARNEIRO MANSAR SILVA[6]
GREGÓRIO AFONSO DE TOLEDO[1]
MÁRCIA VIVIANE SILVEIRA SCHELDER[1]
MARIA EDUARDA SUDÁRIA DE FREITAS[1]
PAMMELA CARVALHO CORREIA[5]
PEDRO HENRIQUE SANTOS OLIVEIRA[7]

1. Discente de Medicina na Universidade de Rio Verde
2. Discente de Medicina no Centro Universitário Uninovafapi
3. Discente de Medicina na Faculdade de São Paulo
4. Discente de Medicina na Faculdade Nova Esperança
5. Discente de Medicina na Universidade Nilton Lins
6. Discente de Medicina no Instituto Universitário de Ciências de la Salud Fundación Hector Alejandro Barceló

Palavras-chave: Saúde mental; Redes sociais; Instabilidade emocional.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, com a modernização e o avanço da tecnologia as redes sociais ganharam muito espaço no cotidiano das pessoas. Tal ferramenta possibilita a conexão global entre as pessoas, a disseminação acelerada de informações, a interatividade social e um modo de compartilhar ocorridos do dia a dia com o mundo. No entanto, o uso das redes sociais não se fundamenta exclusivamente em pontos positivos, é notável o impacto que causa no estado psicológico e isso ocasiona um potencial risco para a saúde pública de modo generalizado (ABJAUDE, S.A.R. *et al*., 2020).

O objetivo deste estudo foi analisar e descrever por meio da literatura científica a respeito dos impactos acarretados pelo uso das redes sociais e como manter a saúde mental diante de tal condição.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de fevereiro a março de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, Google Acadêmico, LILACS, Medline e SciELO. Foram utilizados os descritores: redes sociais, saúde mental. Desta busca foram encontrados 35 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; publicados no período de 2001 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, 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 15 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 os subtítulos ou pontos que foram mencionados na discussão e com base na âncora teórica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontram-se na literatura vários conceitos sobre a instabilidade da saúde mental na era das redes sociais. Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos básicos e de conhecimento geral e outras mais amplas que interagem com dimensões do psicológico humano e questões relacionadas à interação da rede social, fatos e ser humano. Nas concepções mais restritas, o abalo na saúde mental aborda mais os sintomas de depressão, ansiedade e estresse e só os usuários ativos que possuem tal perturbação (BORGES, 2017).

O ser humano de modo individual, possui a necessidade de se impor na sociedade, e este o faz por meio do que é considerado êxito, ou seja, uma família harmoniosa, uma estética alvo de admiração, um bom emprego, um relacionamento idealizado, viagens, experiências e demais conquistas corriqueiras no cotidiano (BARROS, 2020). O meio digital se tornou tão popular, em função de atender a essa finalidade, a qual por meio das postagens e reações do público que o acompanha este se sente realizado e feliz (AMORIM, 2009).

As redes sociais de um modo indireto, são programadas para compartilhar conteúdos interessantes e vão atrair a atenção dos que o acompanham, logo é notável que os usuários tenham esse ambiente reservado para simular uma vida perfeita e sem obstáculos (COSTA, 2021). Isso de certa forma, abala quem também possui o mesmo hábito, pois surgem as comparações, a

insatisfação, o aumento da frustração e a impossibilidade de considerar positivamente as próprias conquistas em razão de existirem as pessoas com maiores evoluções e aprovações nas redes sociais (BARROS, 2020).

Atualmente, existem várias redes sociais disponíveis para a população. As mais populares são o Instagram, Twitter, Facebook e várias outras. Estas se tornaram tão relevantes para o cotidiano da maioria da comunidade e pelo anseio em se preservar o status social e também pela necessidade de estar atualizado sobre os fatos e informações gerais (MOROMIZATO, 2017). Consequentemente, isto torna a pessoa submissa ao eletrônico e consome fração considerável de tempo a qual está poderia estar efetivando ações saudáveis para concretizar a semsação de felicidade e conquista como os exercícios físicos, os estudos e atualizações em informações relevantes, a interação social, familiar e a produtividade no horário de serviço. Logo, a preocupação em se manter conectado e programar o que será compartilhado virtuallmente compromete a vida do indivíduo, a qual este geralmente se encontra desanimado, sem tempo e ainda mais sensível às exibições de plenitude vistas nas redes sociais (LIRA, 2017).

Normalmente, cada pessoa possui o seu conceito de diversão e entretenimento. Mas, com a expansão das redes sociais, é comum as pessoas realizarem algo que não é tão almejado ou até contra a própria vontade somente para aparecer nas redes sociais, influenciando na ansiedade, estresse, depressão (MOTA, 2021). A fadiga, improdutividade e a falta de tempo, frequentemente é oriunda do hábito que as pessoas dedicam a estar atentas as redes sociais e isso impede o necessário intervalo entre as obrigações e posteriormente a sensação de frustração e inaptidão (STOPA, 2013).

O acompanhamento das redes sociais, mesmo que não seja feito de modo excessivo altera a percepção do indivíduo sobre si e o mundo ao seu redor (AMORIM, 2009). Com isso, está passa a adotar atitudes e hábitos cultivados como adequados nas redes sociais. Situações que exemplificam tal condição são a efetivação obsessiva de procedimentos estéticos, revolta e incapacidade de lidar com a rotina, desvalorização do progresso pessoal e a vulnerabilidade a opinião e aprovação de terceiros. De início, o psicológico está acometido, mas caso não haja alguma interferência é possível que este possa migrar para o acometimento físico, como alguma morbimortalidade por intervenção clínica, a perda de oportunidades no mercado de trabalho pela falta de produtividade, o gasto financeiro e dívidas em função de sempre estar buscando dinamicidade e até idealizações e concretizações suicidas pela sensação de não se sentir amado, querido ou aceito na comunidade em que está inserido (BATISTA, 2009).

É inegável que as redes sociais exercem impacto negativo para os consumidores e a saúde mental se encontra em estado de extinção. Conforme a nova realidade, é essencial que o governo, os núcleos de saúde com o auxílio da população priorizem a abordagem e auxiliem as pessoas que estão sendo vítimas desse ocorrido. Através de campanhas de conscientização, esclarecimentos, orientações para não se basear no que é postado, terapêuticas cognitivo comportamental a qual é analisado e tratado o problema exposto e identificado é possível desfrutar dos privilégios que a tecnologia oferece descartando esses atrasos para a comunidade (FARINHUK, 2021).

4. CONCLUSÃO

Diante das informações existentes na literatura, pode se compreender que o seguinte estudo indica que é inegável que as redes sociais

exercem impacto negativo para os consumidores e a saúde mental se encontra em estado de extinção. Conforme a nova realidade, é essencial que o governo, os núcleos de saúde com o auxílio da população priorizem a abordagem e auxiliem as pessoas que estão sendo vítimas desse ocorrido. Através de campanhas de conscientização, esclarecimentos, orientações para não se basear no que é postado, terapêuticas cognitivo comportamental a qual é analisado e tratado o problema exposto e identificado é possível desfrutar dos privilégios que a tecnologia oferece descartando esses atrasos para a comunidade. Porém, novos estudos mais aprofundados devem ser realizados para ser maior explorado a temática a respeito que a influência que o mundo digital possui sobre o meio físico e na saúde dos participantes, objetivando conhecer os demais impactos pouco conhecidos e comprovados e a forma ideal para se prevenir e combater tal ameaça a saúde pública.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABJAUDE, S. A. R. *et al*. Como as mídias sociais influenciam na saúde mental?. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, v. 16, p. 1-3, 2020.

AMORIM, A. K. *et al.* Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Ciência e Saúde Coletiva, v. 14, p. 195-204, 2009.

BATISTA, S. M. B, *et al.* Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. Ciência e Saúde Coletiva, v. 14, p. 149-158, 2009.

BARROS, M. B. A. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, e. 2020427, 2020.

BORGES, C. D. *et al*. Redes Sociais e Atenção em Saúde Mental: Uma Revisão da Literatura. Revista de Psicologia da IMED, v. 9, p. 159-174, 2017.

COSTA, R. M. *et al*. Paradoxo do mundo digital: desafios para pensar a saúde mental dos influenciadores digitais. Brazilian Journal of Health Review, vol. 4, 5811-5830, 2021.

FARINHUK, P. S. *et al.* Transtorno mental e sofrimento psíquico: representações sociais de profissionais da Atenção Básica à Saúde. Research, Society and Development v. 10, e24010313267, 2021.

LIRA, A. G. *et al.* Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 66, p. 164-171, 2017.

MOROMIZATO, M. S. *et al.* O Uso de Internet e Redes Sociais e a Relação com Indícios de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 41, p. 497-504, 2017.

MOTA, D. C. B. *et al.* Saúde mental e uso de Internet por estudantes universitários: estratégias de enfrentamento no contexto da COVID-19. Ciência e Saúde Coletiva, v. 26, p. 2159-2170, 2021.

STOPA, S. R. *et al.* Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 170- 180, 2013.

CAPÍTULO 04

ENSINO DE COMPORTAMENTO VERBAL NO AUTISMO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

KAROLINY LOPES DA HORA[1]

MARIA SUELY ALVES COSTA[2]

JOCÉLIA MEDEIROS XIMENES[3]

ANA MARA FARIAS DE MELO[4]

NÁDIA ALEXANDRINA COUTINHO LIMA[5]

1. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.
2. Docente – Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral.
3. Professora Mestra - Curso de Psicologia do Centro Universitário UNINTA, Campus Itapipoca.
4. Professora Mestra - Curso de Psicologia da Faculdade 05 de Julho.
5. Mestranda em Psicologia e Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Autismo; Comportamento Verbal; Análise do Comportamento.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma classificação diagnóstica e compreende um conjunto de comportamentos a serem apresentados pelo sujeito (Fazzio, 2002). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) define duas categorias principais que atendem aos critérios de diagnóstico de TEA: déficits sociais e de comunicação, e comportamentos repetitivos e restritivos (APA, 2014). Devido à ausência de critérios biológicos, o diagnóstico tem sido realizado principalmente com base na observação de comportamentos.

Segundo Bosa (2006), a ausência de comunicação funcional e dificuldades com relação ao estabelecimento de interações sociais são uma das maiores preocupações entre pais e profissionais da área. Frea *et al*. (2001), Chambers & Rehfeldt (2003), e Kelley *et al*. (2007), consideram que o déficit em habilidades comunicativas podem contribuir para a emergência de repostas inadequadas, por exemplo, comportamentos agressivos e autolesivos. Diante disso, a aprendizagem de repertórios verbais permite que a pessoa possa se fazer entender, possibilitando que a comunicação se torne intrínseca à interação social e importante para o desenvolvimento infantil.

Partindo da premissa da análise do comportamento de que os comportamentos são sensíveis às suas consequências, pode-se inferir que determinadas contingências no ambiente podem manter comportamentos apontados como parte do repertório autista (Fazzio, 2002). De forma geral, o autista apresenta déficits e excessos comportamentais multideterminados, o que pode ou não envolver fatores neurobiológicos. De acordo com Lear (2004), alguns desafios podem ser observados no ensino de crianças com TEA, como dificuldades relacionadas a comunicação, habilidades sociais e habilidades para brincar, além do processamento visual e auditivo (casos de resposta nula ou hipersensibilidade), autoestimulação e o uso de reforçadores pouco comuns em crianças com desenvolvimento típico.

Atualmente, o TEA é um extenso campo de pesquisa e aplicação da análise do comportamento. Diversos modelos experimentais e de intervenção tem contribuído para a eliminação de comportamentos-problema e a instalação de comportamentos mais adaptativos de indivíduos com TEA; pode-se destacar, por exemplo, as obras de Gomes (2015), Gomes e Silveira (2016), Lear (2004), Ingvarsson e Hollobaugh (2011), Plavnick e Ferreri (2011).

Não obstante, os programas comportamentais para o tratamento do TEA podem envolver crianças ou adultos, porém, a intervenção precoce tem sido considerada importante para maiores avanços. Comumente, os programas são realizados de forma individual, sendo que o currículo deve levar em consideração as partícularidades e a história de reforçamento de cada sujeito. Neste ponto, destacam-se os modelos pautados na produção de tecnologia comportamental, sendo imprescindível que a intervenção proposta seja pautada em evidências e que os seus resultados sejam passíveis de avaliação, com fins em uma prática eficaz.

No que tange ao desenvolvimento de habilidades ligadas ao repertório verbal de pessoas diagnosticadas com TEA, é necessário que se analise as variáveis envolvidas na aquisição e manutenção destes repertórios comportamentais e que se arranje contingências, criando-se oportunidades de ensino.

Diante do exposto pode-se pontuar vários modelos de intervenção voltados ao desenvolvimento de repertórios verbais, alguns autores podem ser destacados, dentre eles: Kozloff (1974), Guess, Sailor e Baer (1976), Lovaas

(2003) e Kent (1974). Estes autores propunham uma sequência de treinamento de linguagem que inicialmente focaria no contato visual e outras respostas não verbais. Após a aquisição destas habilidades, desenvolver-se-ia o operante verbal ecoico, seguindo o ensino de tato e, depois deste, o de mando. Esta sequência decorre da ideia de que um determinado operante verbal ocorre primeiro do que outro, havendo uma linha de desenvolvimento.

Bondy *et al.* (2004) formularam o Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (*Picture Exchange Communication System* – PECS), um importante instrumento no ensino de operantes verbais e na intervenção ao autismo em geral, tendo por objetivo o ensino de habilidades sociais e de comunicação a crianças com TEA, o que deve ocorrer por meio de símbolos e figuras. Destaca-se também a Intervenção Comportamental Precoce e Intensiva (*Early and Intensive Behavioral Intervention* – EIBI) que ensina comportamentos de falante e de ouvinte, utilizando o Ensino por Tentativas Discretas (*Discrete Trial Teaching* – DTT). Além do modelo de Análise do Comportamento Verbal (*Vebal Behavior Approach* - VBA) que se baseia na obra *Verbal Behavior* de Skinner (1957). Este modelo utiliza as metodologias DTT e o Ensinar no Ambiente Natural (*Natural Environment Training* – NET).

O DTT é caracterizado por "dividir sequências complicadas de aprendizado em passos muito pequenos ou "discretos" (separados) ensinados um de cada vez durante uma série de "tentativas" (*trials*), junto com o reforçamento positivo e o grau de "ajuda" (*prompting*) que for necessário". Na aprendi-zagem sem erros (*errorless learning*), são fornecidas dicas e instruções imediatas e frequentes (Barbera & Rasmussen, 2007). Já o NET utiliza situações da vida diária da criança, no ambiente natural. Isto pode facilitar o processo de aprendizagem, pois, ela aprende a relação direta entre os objetos e as situações cotidianas e tem motivação para usá-los (Lear, 2004). Assim, essas intervenções podem facilitar o processo de generalização das habilidades aprendidas.

Quanto ao uso de Instruções por Exemplares Múltiplos (*Multiple Exemplar Instruction* – MEI), Guerra (2015) considera que o ensino de um repertório verbal pode contribuir para a aprendizagem de outro. Este procedimento consiste na "apresentação rotativa de diferentes conjuntos de estímulos e solicitação de diferentes tipos de operantes, podendo abranger nessa rotatividade habilidades de falante e de ouvinte".

O procedimento de escolha de acordo com modelo (*matching-to-sample* – MTS) também é empregado para o ensino de relações condicionadas entre estímulos, sendo relevante para o ensino de operantes verbais. O MTS consiste em "apresentar um estímulo-modelo e, em seguida, solicitar ao participante que escolha um estímulo dentre duas ou mais comparações, sendo a escolha correta reforçada" (Machado & Haydu, 2012).

A realização destes programas comportamentais utiliza técnicas básicas de modelagem, *prompts*, fading, encadeamento e reforçamento diferencial. Contudo, podem diferir, por exemplo, na estrutura e extensão do currículo e da sequência de treinamento, no fornecimento de *prompts*, no tipo de reforçamento e operações motivadoras, entre outros.

Dessa forma o principal objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão sistemática sobre intervenções para aquisição de comportamento verbal utilizadas no tratamento de crianças autistas, a partir do referencial teórico da análise do comportamento, com a justificativa de reunir um conjunto de estratégias comprovadamente eficazes no desenvolvimento dessas habilidades e fornecer uma produção para que profissionais que atuem nessa área possam se utilizar

dessa pesquisa para embasar a sua intervenção com crianças autistas.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática sobre as variáveis ambientais relevantes para o ensino de novas habilidades relacionadas ao comportamento verbal no TEA. A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados SciELO e PEPSIC; nas revistas Interação em Psicologia, Psicologia Argumento, Psicolog e Revista Brasileira de Análise do Comportamento; e nos seguintes acervos de programas de pós-graduação: Repositório Institucional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR); Biblioteca Digital da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, utilizando-se as palavras-chave "autismo" "análise do comportamento" e "comportamento verbal"; e na Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo (USP), utilizando-se o filtro "Psicologia Experimen-tal".

Foram incluídos os estudos que objetivaram o ensino de comportamento verbal para pessoas com TEA a partir dos princípios da análise do comportamento, publicados nos últimos 15 anos, em língua portuguesa. Logo, excluiu-se: as revisões de literatura e os trabalhos que, embora envolvessem o ensino de relações de equivalência de estímulos, não trabalharam diretamente com o ensino de operantes verbais.

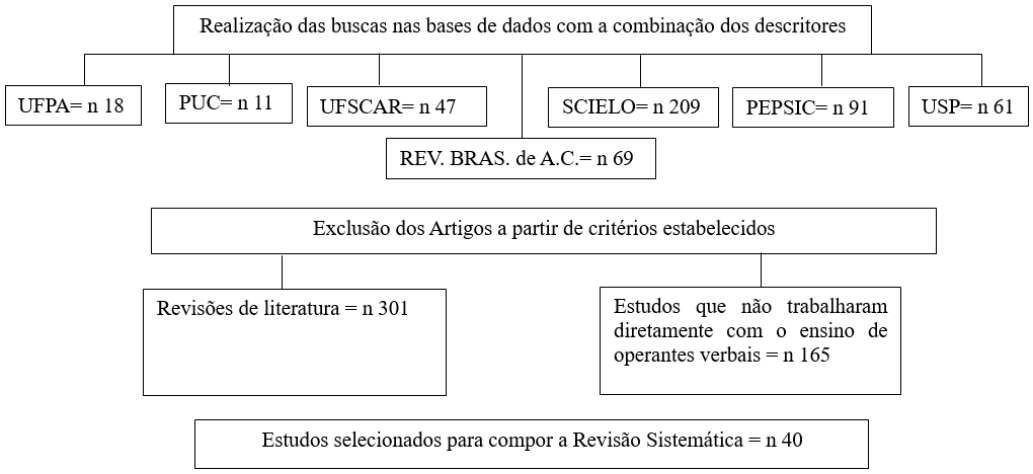
Inicialmente, foram encontrados 506 estudos que faziam referência à associação dos termos empregados nas bases de dados selecionadas. Após a leitura dos resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 71 trabalhos. Estes foram lidos na íntegra e após avaliação detalhada foram descartados mais 31 estudos que também não estavam de acordo com os critérios citados acima. Dessa forma, a amostra final deste estudo é composta por 40 artigos, que foram tabulados de acordo com a discriminação de características formais (referência, participantes, faixa etária dos participantes, repertório verbal, principais procedimentos).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como explicitado na **Figura 4.1** citada a seguir, quarenta estudos corresponderam aos critérios de elegibilidade. Entre as dissertações de mestrado e teses de doutorado selecionadas, a instituição com mais estudos publicados sobre o tema foi a UFPA (n=10), seguida da PUC (n=9), da UFSCAR (n=8) e da USP (n=2). Nas bases de dados SciELO e PEPSIC foi possível selecionar, respectivamente, cinco e dois artigos. Na Revista Brasileira de Análise do Comportamento, quatro artigos foram incluí-dos. Os demais periódicos, Interação em Psico-logia, Psicologia Argumento, Psicolog, não apresentaram artigos que correspondessem aos critérios de inclusão.

Os participantes dos trabalhos foram, em sua maioria, crianças diagnosticadas com Autismo infantil. Sendo que 23 trabalhos, compreenderam a intervenção precoce (de 0 a 5 anos), contudo, em apenas um estudo é encontrado participantes com idade inferior a 3 anos. Grande parte dos trabalhos tomam por base a obra Verbal Behavior de Skinner (1957) (n=27). Foram identificados 15 estudos que se propõem ao ensino de dois ou mais operantes verbais. A maioria dos trabalhos analisados (n=20) se dedicaram ao ensino de mando e, em segundo lugar, ao ensino de tato (n=18). As consequências disponibilizadas nos treinos de tato envolvem, em sua maioria, reforçadores sociais como elogios. O treino de mando, em geral, envolve o planejamento de operações estabelecedoras de privação, onde há uma consequência específica: o item solicitado.

Figura 4.1 Imagem do processo de seleção para o material de estudo.



Legenda: Imagens do processo de seleção para o material de estudo.

A avaliação de comportamentos pré-requisitos para o ensino dos repertórios comportamentais e sobre a história de reforçamento dos participantes foi realizada através de entrevistas e da aplicação de questionários com pais e cuidadores. A maioria dessas avaliações envolveram os protocolos CARS (n=10), ABLLS (n=7) e ABLA (n=8); outros protocolos utilizados foram PEP-R (n=5), PPVT (n=3), VB MAPP (n=4).

Na **Tabela 4.1** será exposto os estudos selecionados na presente revisão, a fim de embasar as discussões que se seguem.

O estudo de Oliveira & Jesus (2016) e trabalhou com o PECS. No referido estudo, três participantes adquiriram as habilidades requeridas. Já Togashi & Walter (2016) implementaram um programa de capacitação para professores, introduzindo o uso do sistema PECS-Adaptado aos alunos com TEA no Atendimento Educacional Especializado de uma escola. Em que foi possível perceber uma maior interação comunicativa do aluno com a estagiária e a generalização do uso do PECS-Adaptado na sala de aula regular. Enquanto que Nunes & Santos (2015) também avaliaram a eficácia de uma adaptação do PECS e das estratégias do AMI para o desenvolvimento da comunicação, com uma intervenção implementada pela professora.

Tabela 4.1 Estudos selecionados na presente revisão de literatura.

Referência	Participantes	Faixa etária dos participantes alunos	Repertório Verbal	Principais procedimentos
Oliveira & Jesus (2016)	4 crianças TEA.	2 a 12 anos	Mando	PECS, CEO, av de preferência, prompting, reforçamento.
Jesus, *et al.* (2017)	4 crianças com TEA	2 a 12 anos	Mando	PECS, reforçamento, prompting, av. de preferência, CEO.
Da Hora & Benvenuti (2007)	1 criança com TEA.	6 anos	Textual	MTS, DOR, av. de preferência, reforçamento.
Gomes *et al.* (2015)	3 crianças com TEA.	5 a 13 anos	Textual	MTS, modelação, instrução, prompting, reforçamento.
Garcia & Oliveira (2016)	1 com TEA e Retardo Mental Grave.	13 anos	Mando	DTT, instrução, prompting, reforçamento, fading out.
Borba *et al.* (2015)	3 com TEA.	4 a 7 anos	Tato, autoclítico	Ensino de cuidadores, DTT, espera, av. de preferência, instrução, prompting, reforçamento, correção de erro.
Gomes & Souza (2016)	3 crianças com TEA.	5 a 10 anos	Textual (leitura recombinativa)	MTS, fading, modelação, instrução, prompting, reforçamento.
Togashi & Walter (2016)	1 aluno com TEA, uma professora e uma estagiária	12 anos	Mando	PECS-Adaptado, CAA, reforçamento.
Santos *et al*., SOUZA (2016)	4 com TEA	5 a 11 anos	Mando e tato	MTS, av. de preferência, ICME, MEI, instrução, prompting, reforçamento.
Nunes & Santos (2015)	Uma criança com TEA e uma professora	5 anos	Mando, ouvinte expressivo e ouvinte receptivo	PECS, EM (AMI), CAA, arranjo ambiental, instrução, prompting, reforçamento.
Gomes & Nunes (2014)	1 criança com TEA e 1 professora.	10 anos	Linguagem receptiva e expressiva	ENE – Estratégias Naturalísticas de Ensino, espera, arranjo ambiental, mando com CAA, instrução, prompting, reforçamento.
Braide, P. S. (2007)	3 crianças com TEA.	7 a 10 anos	Mando	Av. funcional, fading out, modelação, reforçamento, DTT, procedimento corretivo.
Azevedo, F. H. B. (2008)	2 crianças com TEA.	9 anos	Descrições de ações (tato e ecóico)	Av. de preferência, fading out, modelação, correção, instrução, prompting,

				reforçamento.
Guimarães, M. C. (2010)	2 crianças com TEA.	6 a 9 anos	Mando	Av. de preferência, fading, modelação, instrução, prompting, reforçamento.
Santos, L. C. S. (2012)	2 com TEA	7 a 8 anos	Textual	Pareamento, av. de preferência, fading in, modelação, MTS, instrução, prompting, reforçamento.
Wegbecher, S. (2012)	1 criança com TEA.	Não é especificado	Textual	Av. de preferência, instrução, DOR, mts, reforçamento.
Portela, M. M. F. A. (2014)	6 crianças com TEA	3 a 10 anos	Textual	Teste de generalização, av. de preferência, instrução, reforçamento, DOR, MTS.
Sousa, I. L. D. (2015)	4 crianças com TEA.	5 a 7 anos	Mando e Tato	CEO, av. de preferência, reforçamento, atraso de dica, modelação.
Souza, J. C. B. (2016)	3 crianças com TEA.	5 a 13 anos	Mando, tato, intraverbal	Lag, av. de preferência, fading out, modelação, instrução, prompting, reforçamento.
Romano, C. (2014)	6 com TEA.	4 a 8 anos	Intraverbal, tato, ecóico	Lag – reforço direto do variar, ACO – reforço intermitente e EXT – extinção para intraverbais, av. de preferência, fading out do modelo verbal, reforçamento, instrução.
Costa, G. O. (2014)	3 crianças com TEA.	5 a 11 anos	Linguagem receptiva	EIBI (DC e DSC), reforçamento, instrução.
Santos, E. L. N. (2014)	4 crianças com TEA.	5 a 11 anos	Reperótio de ouvinte e falante: *naming*	MTS, instrução, prompting, reforçamento.
Silva, A. J. M. (2015)	3 crianças com TEA e seus cuidadores.	5 a 8 anos	Mando, tato, intraverbal, mando com autoclítico.	Av. de preferência, DTT, instrução, prompting, reforçamento, procedimento de correção.
Carneiro, A. C. C. (2015)	4 crianças com TEA.	3 a 9 anos	Tato	Av. de preferência, instrução, prompting, reforçamento e atraso de dica
Monteiro, P. C. M. (2015)	4 crianças com TEA.	5 a 8 anos	Repertório de ouvinte e falante (linguagem receptiva e tato)	Instrução, prompting, reforçamento e MTS

Brasiliense. I. C. S. (2015)	2 crianças com TEA.	3 a 8 anos	Repertório de monitoramento favorecendo a emergência de tatos e textuais.	Vídeo modelação, av. de preferência, atraso de dica, instrução, prompting, reforçamento.
Pinheiro, R. C. S. (2016)	10 crianças com TEA.	2 a 9 anos	Comportamento vocal	Pareamento estímulo-estímulo (SSP), av. de preferência, instrução, prompting, reforçamento.
Silva, F. T. N. (2016)	3 com TEA.	4 a 6 anos	Mando, tato	Treino incidental, av. de preferência, prompting, reforçamento, atraso de dica, MEI.
	3 com TEA.	4 a 10 anos	Vocabulário receptivo e expressivo	Instrução, prompting, reforçamento, MEI,
Dias, K. K. (2015)	2 com TEA.	8 a 11 anos		Treinos de RRDS, treino de MTS de identidade e arbitrário. Reforçamento contínuo em 1 e intermitente no outro. DTT.
	1 com TEA.	8 anos	Tato	MTS, RRDS, instrução, prompting, reforçamento, modelação.
Borba, M. M. C. (2015)	6 crianças com TEA e 8 cuidadores.	4 a 7 anos	Linguagem receptiva	Via cuidadores (treino de cuidadores), tentativas de correção, av. de preferência, instrução, prompting, reforçamento, atraso de dica, modelação, espera e DTT.
Gomes, C. G. S. (2007)	4 com TEA.	5 a 12 anos	Leitura funcional de palavras impressas	MTS, av. de preferência, instrução, prompting, reforçamento.
Mendes, V. (2013)	5 participantes com TEA e deficiência intelectual.	5 a 15 anos	Tato e mando	Av. de preferência, operação estabelecedora, instrução, prompting, reforçamento, atraso de dica.
Langsdorff, L. A. O. C. (2013)	8 crianças com desenvolvimento típico, 11 com TEA, 3 com síndrome de down.	5a 46 anos	Tato	Correção, MTS, instrução, reforçamento.
Evaristo, F. L. (2016)	3 com TEA.	6 a 17 anos	Mando e tato.	Ensino naturalístico, sistema de comunicação alternativa, Pecs adaptado, modelação, instrução, prompting,

				reforçamento.
Walter, C. C. F. (2006)	1 aluno com TEA, 1 com Síndrome de West, 1 com TDAH e 3 familiares.	15 a 17 anos	Mando	CAA, ProCAAF, capacitação de familiares, instrução, prompting, reforçamento.
Gomes, C. G. S. (2011)	7 com TEA.	5 a 15 anos	Habilidades básicas de leitura e leitura com compreensão no 2	Procedimento corretivo, instrução, prompting, reforçamento e MTS.
Ribeiro, M. D. (2011)	4 com TEA e 1 com DI.	3 a 13 anos	Linguagem receptiva, tato, mando impuro.	MEI, av. de preferência, atraso de dica, instrução, prompting, reforçamento.
Chereguini, P. A. C. (2011)	2 com TEA e 6 com desenvolvimento típico.	6 a 9 anos	Ouvinte e tato	DOR ecóica, MTS, av. de preferência, instrução, prompting, reforçamento.
Guilhardi, C. (2009)	4 com TEA e uma com atraso de linguagem.	3 a 8 anos	Tatos e mandos (puros e impuros)	Procedimento de correção, CEO, pareamento, encadeamento, instrução, prompting, reforçamento.
Bagaiolo, L. (2009)	4 crianças com TEA.	14 anos	Textual	EQUIVIUM, procedimento de correção, pareamento, av. de preferência, fading, atraso de dica, modelação, instrução, prompting, reforçamento.

Ao passo que Evaristo (2016) também avalia a eficácia de um programa de formação de aplicadores e interlocutores para utilização do PECS-Adaptado. Destacando-se o aumento das habilidades comunicativas em consonância com necessidades/desejos dos alunos. Gomes & Nunes (2014) identificaram mudanças qualitativas e quantitativas nas interações entre um aluno com diagnóstico de autismo e sua professora, na sala de aula regular, como efeito de um programa de intervenção nas interações comunicativas, a partir da capacitação da professora para emprego de ENE e de CAA.

Silva (2015) avaliou o efeito da aplicação de programas de ensino de tentativas discretas por pais/cuidadores sobre o desempenho das crianças e, assim como o estudo de Borba *et al*. (2015), demonstrou a efetividade da intervenção analítico comportamental, implementada via cuidadores. Em Walter (2006), foi aplicado um programa de CAA em um contexto de necessidade de estabelecimento de uma comunicação eficaz dos familiares com seus filhos, denominado Programa de Comunicação Alternativa e Ampliada no Contexto Familiar (Pro-CAAF). Segundo o autor, ocorreram mudanças no comportamento comunicativo de solicitação de itens e expressão de sentimentos dos participantes.

Gomes (2011) investigou variáveis relevantes para aprendizagem relacional e emergência de comportamento simbólico em pessoas com TEA. Nesse estudo, foi possível o desenvolvimento de habilidades básicas de leitura, a partir do ensino de relações arbitrárias entre figuras e palavras impressas através de tentativas de emparelhamento com o modelo.

Em Bagaiolo (2009), foi possível o processo de aquisição do controle por unidades verbais mínimas a partir de treinos de discriminação condicional de estímulos compostos. Da Hora & Benvenuti (2007), por sua vez, identificaram o controle restrito de estímulos em uma tarefa de MTS, utilizando sílabas e palavras. Em Wegbecher (2012), houve redução do controle seletivo a partir de um procedimento de DOR e de estímulos com diferenças críticas em tarefa de emparelhamento simultâneo com o modelo. Portela (2014) buscou também investigar se o procedimento DOR e estímulos com diferenças críticas é capaz de reduzir ou eliminar o controle restrito de estímulos, já utilizando um delineamento de linha de base múltipla; houve a redução do responder sob controle restrito de estímulo e indicou-se generalidade no tempo.

De acordo com Dias (2015), o procedimento de RRDS com o uso de consequências específicas compostas pode contribuir para o estabelecimento de repertórios de formação de classes de estímulos. Gomes, Hanna e Souza (2015) apontaram a eficácia de um procedimento adaptado de emparelhamento com o modelo no ensino de relações arbitrárias e na emergência de relações derivadas, e demonstraram sua efetividade para promover habilidades rudimentares de leitura, principalmente a leitura oral de palavras impressas. Gomes e Souza (2016), por sua vez, realizaram o ensino direto de nomeação de sílabas simples e ensino de nomeação de figuras, o que promoveu a aprendizagem de leitura combinatória com compreensão, considerando que houveram poucas sessões (15 a 26) e baixo número de erros durante o ensino.

O estudo de Santos (2012) apontou a eficácia de procedimentos de correção adicionais ao ensino com tarefas de MTS na aquisição de leitura recombinativa para um dos participantes. Já Santos (2014) comparou a utilização de estímulos bidimensionais e tridimensionais em um procedimento de MEI para instalar *naming*. Su-

gere-se maior facilidade na instalação de *naming* com estímulos bidimensionais e com estímulos naturais/convencionais, como brinquedos. Santos & Souza (2016) também compararam a utilização de estímulos bidimensionais e tridimensionais em um procedimento de instrução com múltiplos exemplares na instalação de nomeação (*naming*), apontando que a emergência deste repertório pode ocorrer mediante o procedimento de instruções com exemplares múltiplos e ser facilitada pela utilização de estímulos 2D.

Ribeiro (2011) investigou se o ensino das relações de ouvinte conduziria a emergência de respostas de tato e do responder abstrato. O ensino de respostas de ouvinte correspondeu a resposta de selecionar figuras a partir de procedimentos de MTS. Já Chereguini (2011) trabalha a investigação dos efeitos do responder ecóico juntamente com a tarefa de MTS sobre o ensino de relações de ouvinte e emergência de relações de tato. Sugere-se que a acoplagem da DOR ecóica ao estímulo modelo na tarefa de MTS tem maiores efeitos sobre ensino de relações condicionais auditivo-visuais e emergência de tato. Em Braide (2007), foram apontadas a instalação de respostas verbais espontâneas, a promoção de variabilidade das respostas e generalização de respostas para outros ambientes e pessoas, a partir de um procedimento de fading out do modelo verbal e treinos de variabilidade.

Em Azevedo (2008), por sua vez, foi possível a instalação e manutenção do repertório de descrição do próprio comportamento, através da instalação de respostas ecóicas de descrições de ações dos participantes e com o fading out do modelo verbal. No estudo de Guimarães (2010), foi possível o ensino da topografia de mando de solicitação também a partir de fading out do modelo verbal, havendo generalização dessas topografias para objetos não utilizados no ensino direto. Souza (2016) também avalia a eficácia de fading out do modelo verbal para o ensino de topografia de respostas verbais de mando.

Vale destacar que o trabalho de Romano (2014) avaliou se as contingências de reforço direto, reforço intermitente e extinção poderiam produzir respostas intraverbais variadas, favorecendo a seleção de respostas não ensinadas. Monteiro (2015) avaliou os efeitos do ensino de relações de identidade com consequências específicas na emergência de relações visuais-visuais e auditivo-visuais, onde dois participantes mostraram a emergência de relações de equivalência.

Langsdorff (2013) apontou a utilização de tentativas de exclusão como procedimento de ensino de novas relações a indivíduos. O estudo de Silva (2016) aponta que a atenção conjunta é imprescindível para o estabelecimento da relação correta nome-objeto, bem como para a expansão e generalização destas relações verbais. Já o estudo de Guilhardi (2009) aponta a independência funcional entre tato e mando com respostas verbais baseadas na seleção de estímulos, porém, o treino de uma determinada topografia em determinada condição (por exemplo, tato impuro) favorecia a emergência sem ensino direto da mesma topografia em outra condição (por exemplo, mando).

Mendes (2013) analisou a emergência de mando como efeito do treino de tato para itens de lazer de alta/baixa preferência, identificando uma maior emergência de mando para itens de alta preferência o que poderia estar relacionado ao controle de operações motivadoras. Em consonância com o estudo de Sousa (2015), Carneiro (2015) investigou o efeito do reforçamento em um procedimento de correção com resposta ativa durante o ensino de tatos, e seus resultados indicaram a efetividade do reforço programado para as tentativas corretas no pro-

cedimento de correção. Já no estudo de Brasiliense (2015), foi possível a aquisição de repertórios de monitoramento via videomodelação, favorecendo a emergência de tatos e textuais por aprendizagem observacional para um participante.

Outros estudos foram o de Pinheiro (2016) que apontou a eficácia do pareamento estímulo-estímulo (SSP) no estabelecimento e/ou fortalecimento de respostas vocais, e o de Garcia e Oliveira (2016) que, a partir de uma análise funcional experimental, implementaram procedimentos de reforçamento não contingente e treino de mando e obtiveram uma redução significativa de comportamentos autolesivos.

4. CONCLUSÃO

Concluiu-se que a ciência Análise do Comportamento tem desenvolvido estratégias para possibilitar um maior acesso à intervenção analítico comportamental. Para tanto, surgiram programas de formação de cuidadores, trabalhando as relações da criança com seus familiares (Silva, 2015; Monteiro, 2015; Borba, 2015; Walter, 2006). Assim como, com o objetivo de atuar em consonância com uma proposta de educação inclusiva, propuseram a capacitação de professores e estagiários (Togashi & Walter, 2016; Nunes & Santos, 2015; Evaristo, 2016; Gomes & Nunes, 2014). Estes programas se fundamentam primor-dialmente no ensino por tentativa discreta, ao PECS ou à sua adaptação, e a outros modelos que tomam por base o ensino naturalístico e a CAA.

Considera-se relevante salientar que a aprendizagem da resposta de mando, operante verbal mais frequente nos estudos, pode possibilitar que a criança expresse suas necessidades e tenha acesso a estímulos reforçadores. Enquanto que o operante verbal tato, o segundo mais apresentado, tem sido considerada importante, principalmente, quando se refere a descrição de estímulos mais complexos, como a descrição de eventos privados (sentimentos, pensamentos), o que pode ser desenvolvido com a evolução do treino. Para Gomes (2015), o ensino de leitura para crianças autistas pode possibilitar maior compreensão dos estímulos no ambiente, oferecer recursos para interações mais amplas, permitir que se aprenda habilidades mais complexas relacionadas a aprendizagem prévia da leitura e, além disto, pode contribuir significativamente para a autonomia do sujeito.

As limitações deste estudo se referem à escolha apenas por publicações em língua portuguesa, e por não serem abrangidas outras bases de dados e revistas disponíveis. Outros estudos poderiam realizar revisões de literatura que compreendessem outros periódicos nacionais e internacionais, em outros idiomas, e em um período de tempo maior. Vale lembrar que a grande maioria dos manuais de intervenção que dão base para as pesquisas experimentais aqui analisadas são publicações americanas, assim, sugere-se estudos sobre a adaptação de protocolos e currículos à realidade brasileira.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5 ed). Porto Alegre: Artmed; 2014.

BAGAIOLO, L. Padrões de aquisição de discriminação condicional durante a emergência do controle por unidades verbais mínimas na leitura em crianças com autismo e desenvolvimento típico [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

BARBERA, M.L. & RASMUSSEN, T. The verbal behavior approach: How to teach children with autism and related disorders. London: Jessica Kingsley Publishers; 2007.

BONDY, A. *et al.* Multiply controlled verbal operants: An analysis and extension to the picture exchange communication system. The Behavior Analyst, v. 27(1), p. 247-261; 2004

BORBA, M.M.C. *et al.* Efeito de intervenção via cuidadores sobre aquisição de tato com autoclítico em crianças com TEA. Revista Brasileira de Análise do Comportamento, v. 11(1), p. 15-23, 2015.

BOSA, C.A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. Revista Brasileira de Psiquia-tria, v. 28(1), p. 47-53, 2006.

BRAIDE, PS. Procedimento para ensinar respostas verbais espontâneas e variadas em crianças com desenvolvimento atípico [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

BRASILIENSE, I.C.S. Aprendizagem observacional em crianças com autismo: efeitos do ensino de respostas de monitoramento via videomodelação [Dissertação de mestrado]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2015.

CARNEIRO, A.C.C. Avaliação do uso de reforçamento em um procedimento de correção no ensino de tato para crianças com autismo [Dissertação de mestrado]. Belém: Universidade Federal do Pará – UFPA; 2015.

CHAMBERS, M. & REHFELDT, R.A. Assessing the acquisition and generalization of two mands form with adults with severe developmental disabilities. Research Developmental Disability, v. 24(4), p. 265-280; 2003.

CHEREGUINI, PAC. Transferência de controle da resposta de observação diferencial ecóica na tarefa MTS para relações emergentes de tato [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos; 2011.

COSTA, GO. Ensino de linguagem receptiva para crianças com autismo: comparando dois procedimentos [Dissertação]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2014.

DA HORA, C.L. & BENVENUTI, M.F.L. Controle restrito em uma tarefa de matching-to-sample com Palavras e sílabas: avaliação do desempenho de uma criança diagnosticada com autismo. Revista Brasileira de Análise do Comportamento, v. 3(1), p. 29, 2007.

DIAS, K.K. Classes de equivalência e expansão de repertórios verbais autoclíticos em crianças com diagnóstico de autismo [Tese]. Belém: Universidade Federal do Pará – UFPA; 2015.

EVARISTO, FL. Formação de aplicadores e interlocutores na utilização do PECS-Adaptado para crianças/adolescentes com autismo [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos; 2016.

FAZZIO, DF. Intervenção comportamental no autismo e deficiências de desenvolvimento: uma análise dos repertórios propostos em manuais de treinamento [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.

FREA, W.D. *et al*. A demonstration of the effects of augmentative communication on the extreme aggressive behavior of a child with autism within an integrated preschool setting. Journal of Positive Behavior Interventions, v. 3(1), p. 194–198; 2001

GARCIA, M.V.F. & OLIVEIRA, T.P. Redução de comportamento autolesivo em uma criança com diagnóstico de autismo utilizando reforçamento não contingente e treino de mando. Revista Brasileira de Análise do Comportamento, v. 12(1), p. 54, 2016.

GOMES, C.G.S. Desempenhos Emergentes e Leitura Funcional em crianças com Transtorno do Espectro Autístico [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR; 2007.

GOMES, C.G.S. Aprendizagem relacional, comportamento simbólico e ensino de leitura a pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos; 2011.

GOMES, C.G.S. Ensino de leitura para pessoas com autismo. Curitiba: Appris; 2015.

GOMES, C.G.S. & HANNA, L.S. SOUZA, D.G. Ensino de relações entre figuras e palavras impressas com emparelhamento multimodelo a crianças com autismo. Revista Brasileira de Análise do Comportamento, v. 11(1), p. 24, 2015.

GOMES, R.C. & NUNES, D.R.P. Interações comunicativas entre uma professora e um aluno com autismo na escola comum: uma proposta de intervenção. Educação e Pesquisa, v. 40(1), p. 143-161; 2014.

GOMES, C.G.S. & SOUZA, D.G. Ensino de sílabas simples, leitura combinatória e leitura com compreensão para aprendizes com autismo. Revista Brasileira de Educação Especial, v. 22(2), p. 233, 2016.

GOMES, C.G.S.; SILVEIRA, A.D. Ensino de Habilidades Básicas para pessoas com autismo: manual para intervenção comportamental intensiva. 1 ed. Curitiba: Appris, 2016, p. 215

GUERRA, BT. Ensino de operantes verbais e requisitos para ensino por tentativas discretas em crianças com transtorno do espectro autista (TEA) [Dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio De Mesquita Filho; 2015.

GUESS, D. *et al*. Functional speech and language training for the severely, handicapped: Parts I & IL. Lawrence, KS: H & H Enterprises; 1976

GUILHARDI, C. Independência funcional entre tatos e mandos: análise de respostas verbais baseadas na seleção de estímulos [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

GUIMARÃES, M.C. Procedimentos para ensinar resposta de mando e promover variação na topografia destas respostas em crianças autistas. [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP; 2010.

INGVARSSON, E.T. & HOLLOBAUGH, T.A comparison of prompting tactics to establish intraverbal in children with autism. Journal of Applied Behavior Analysis, v. 44, p. 659-664; 2011.

JESUS, J.C. *et al*. Generalização de mandos aprendidos pelo PECS (*Picture Exchange Communication System*) em Crianças com Transtorno do Espectro Autista. Temas em Psicologia, v. 25(2), p. 531; 2017.

KENT, L. R. Language acquisition program for the retarded or multiply impaired. Champaign, IL: Research Press; 1974.

KELLEY, M.E. *et al.* Further evaluation of emerging speech in children with developmental disabilities: training verbal behavior. Journal of Applied Behavior Analysis, v. 40(1), p. 431–445; 2007.

KOZLOFF, E.N. Keys to the marine invertebrates of Puget sound, the San Juan Archipelago, and adjacent regions. Washington: University of Washington Press; 1974.

LANGSDORFF, L.A.O.C. Aprendizagem por exclusão em indivíduos com diferentes perfis de desenvol-vimento [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR; 2013.

LEAR K, Help Us Learn: A Self-Paced Training Program for ABA Part I: Training Manual. Toronto: Ontario; 2004.

LOVAAS, O.I. Teaching Individuals with Developmental Delays. Austin, TX: Pro-Ed; 2003.

MACHADO, L.M., & HAYDU, V.B. Escolha de acordo com modelo e equivalência de estímulos: ensino de leitura de palavras em situação coletiva. Psicologia da Educação, s. v., p. 72; 2012.

MENDES, V. Os efeitos do ensino de tato para itens de alta e baixa preferência na emergência do mando em crianças com autismo [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos; 2013.

MONTEIRO, P.C.M. Emergência de relações auditivo-visuais via formação de classes de equivalência com crianças diagnosticadas com autismo [Dissertação de mestrado]. Belém: Universidade Federal do Pará – UFPA; 2015.

NUNES, D.R.P. & SANTOS, L.B. Mesclando práticas em Comunicação Alternativa: caso de uma criança com autismo. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, v. 9(1), p. 59, 2015.

OLIVEIRA, T.P. & JESUS, J.C. Análise de sistema de comunicação alternativa no ensino de requisitar por autistas. Psicologia da Educação, v. 42(1), p. 23, 2016.

PINHEIRO, R.C.S. Indução de comportamento vocal em crianças autistas [Dissertação]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2016.

PORTELA, M.M.F.A. Controle restrito de estímulos em autistas: avaliação de um procedimento de Resposta de Observação Diferencial e estímulos com diferenças críticas [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2014.

PLAVNICK, J.B., & FERRERI, S.J. Establishing verbal repertoires in children with autism using function-based video modeling. Journal of Applied Behavior Analysis, v. 44(1), p. 747–766; 2011.

RIBEIRO, M.D. A emergência da abstração em crianças autistas através do treino do comportamento de ouvinte [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos; 2011.

ROMANO, C. A produção de variabilidade em respostas intraverbais de crianças com autismo e a seleção de

repostas novas [Tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2014.

SAMPAIO, A.A.S. *et al.* Uma Introdução aos Delineamentos Experimentais de Sujeito Único. Interação em Psicologia, v. 12(1), p. 151, 2008.

SANTOS, L.C.S. Avaliação de um procedimento para aquisição de leitura em criança com desenvolvimento atípico [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP; 2012.

SANTOS, E.L.N. Integração dos repertórios de ouvinte e falante (naming) em crianças autistas: efeitos do ensino com objetos e figuras [Dissertação]. Belém: Universidade Federal do Pará – UFPA; 2014.

SANTOS, E.L.N. & SOUZA, C.B.A. Ensino de Nomeação com Objetos e Figuras para Crianças com Autismo. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 32(3), p. 1, 2016.

SILVA, A.J.M. Aplicação de tentativas discretas por cuidadores para o ensino de habilidades verbais a crianças diagnosticadas com autismo [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal do Pará; 2015.

SILVA, F.T.N. Atenção conjunta e repertórios verbais em crianças com autismo [Tese]. Belém: Universidade Federal do Pará – UFPA; 2016.

SKINNER BF, Verbal Behavior. New York: Appleton-Century; 1957.

SOUSA, I.L.D. O efeito do atraso gradual do modelo ecoico na aquisição de tato e de mando em crianças com diagnóstico de autismo [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC; (2015).

SOUZA, J.C.B. Procedimento para produção de respostas de mando variadas em crianças autistas e avaliação da extensão da variabilidade [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2016.

TOGASHI, C. M. & WALTER, C.C.F. As contribuições do uso da comunicação alternativa no processo de inclusão escolar de um aluno com Transtorno do Espectro do Autismo. Revista Brasileira de Educação Especial, v. 22(3), p. 351, 2016.

WALTER, C.C.F. Avaliação de um programa de comunicação alternativa e ampliada para mães de adolescentes com autismo [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR; (2006).

WEGBECHER, S. Controle seletivo do estímulo numa tarefa de emparelhamento com o modelo com palavras como estímulos compostos: análise de um procedimento de Resposta Diferencial de Observação (DOR) e estímulos com diferenças críticas e múltiplas [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2012.

CAPÍTULO 05

A RELAÇÃO DA DIABETES MELLITUS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANA KLARA RODRIGUES ALVES[1]
BARBARA BEATRIZ LIRA DA SILVA[1]
LÍVIA FILOMENA CASTELO BRANCO MACHADO[2]
GILDELSON SAMPAIO DE OLIVEIRA FILHO[3]
FÁBIO LANDEL ALYSSON ARAUJO FRANKLIN[2]
FRANCISCO MATHEUS CARVALHO NORONHA[2]
MARIA DE LOURDES PEREIRA IBIAPINA[2]
DANIELLE SOTERO FORTES CARVALHO[2]
GABRIEL BRITO DA SILVA[4]
EDUARDO DE SÁ BARBOSA[4]
YAMA VITORIANO LIMA[4]
JÚLIO CÉSAR ALVES CRUZ[4]
SARA DE QUEIROZ COSTA[5]
RODRIGO DEMERVAL DE BARROS ALVES[6]
WANNESSA PIEROTE E SILVA[6]

1. Enfermeiras - Universidade Estadual do Piauí (UESPI).
2. Discente- Medicina do Centro universitário UNINOVAFAPI.
3. Discente- Medicina da Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar
4. Discente- Medicina da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e de Saúde do Piauí.
5. Discente- Medicina da Faculdade Morgana Potrich (FAMP).
6. Médicos- Centro universitário UNINOVAFAPI.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Resistência a insulina; Doença de Alzheimer.

1. INTRODUÇÃO

A disfunção cognitiva é cada vez mais reconhecida como uma importante comorbidade do diabetes mellitus. Diferentes estágios da disfunção cognitiva associada ao diabetes podem ser discernidos, com diferentes características cognitivas, faixas etárias afetadas, prognóstico e provavelmente também diferentes mecanismos subjacentes. Decréscimos cognitivos relativamente sutis e lentamente progressivos ocorrem em todas as faixas etárias. Estágios mais graves, particularmente comprometimento cognitivo leve e demência, com déficits progressivos, ocorrem principal-mente em indivíduos mais velhos (BIESSELS e DESPA, 2018).

O cérebro já foi pensado para ser um órgão insensível à insulina. No entanto, agora é amplamente reconhecido que a insulina desempenha um papel importante na sobrevivência neuronal e na função cerebral. A ação da insulina é, de fato, necessária para a plasticidade sináptica neuronal e facilita o aprendizado e a memória. Também foi demonstrado que a insulina promove a formação de espinhas dendríticas e sinapses, ativação de células-tronco neuronais, crescimento e reparo de neuritos e neuroproteção. Desse modo, alterações no metabolismo da insulina e na sinalização no Sistema Nervoso Central (SNC) podem contribuir para o desenvolvimento de diversos distúrbios cerebrais (TUMMINIA *et al.,* 2018).

A doença de Alzheimer (DA) está intimamente relacionada ao diabetes mellitus (DM), e a DA também é considerada diabetes tipo 3 (T3D). A glicogênio sintase quinase-3β (GSK-3β) pode ser o elo potencial entre DM e DA. A GSK-3β é um dos principais fatores que levam à deficiência de insulina e resistência à insulina, e a resistência à insulina é uma característica do desenvolvimento de DM. Na DA a GSK-3β desempenha um papel importante na hiperfosforilação da proteína tau (tau) associada aos microtúbulos, que é uma das características patológicas na DA. Além disso, a resistência à insulina no DM pode causar deposição de β-amiloide (Aβ), que será eliminada pela tau, mas a fosforilação excessiva da tau agravará ainda mais a neurotoxicidade; em seguida, danifica o cérebro e afeta a função cognitiva (ZHANG *et al*., 2018).

O objetivo deste estudo foi analisar a diabetes miellitus como fator para o desenvolvimento da doença de Alzheimer.

2. MÉTODO

O presente estudo utilizou como método a revisão integrativa da literatura, que conforme Galvão (2012), é uma construção de uma análise ampla da literatura com passos pré-definidos, realizado via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e por meio de uma busca nas bases de dados Medline, PubMed e SciELO (Scientific Electronic Library Online) usando os cruzamentos os descritores em “Diabetes mellitus” e “Alzheimer”. Para a avaliação do problema de pesquisa e sua estratificação foi utilizada a estratégia PVO (População/ Problema, Variável/Resultados e Outcomes/ Desfechos) sendo formulada a seguinte estratégia que pode ser observada no **Quadro 5.1**. A estratégia supracitada permitiu formular a seguinte questão norteadora: qual a relação da diabetes mellitus com a doença de Alzheimer? A partir da questão norteadora foram utilizados os operadores booleanos para a sistematização das buscas com o seguinte esquema: Diabetes mellitus and relation and Alzheimer diasese.

Quadro 5.1 Estratificação do problema de pesquisa seguindo estratégia PVO para formulação de pesquisa.

P População	Indivíduos com Diabetes mellitus.

V Variáveis	Fatores de risco para desenvolvimento de doença de Alzheimer.
O Desfechos	Verificar qual a relação da diabetes e a doença de Alzheimer.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos escritos na língua inglesa; publicados nos últimos 5 anos e que abordem a relação da diabetes mellitus e a doença de Alzheimer, sendo selecionados apenas ensaios clínicos. No que diz respeito aos critérios de exclusão, dispensaram-se artigos que se distanciavam da temática central desta revisão e trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados pesquisadas. Após a pré-leitura e leitura seletiva dos textos, foram selecionados 14 artigos (**Tabela 5.1**), nos quais realizou-se uma leitura interpretativa buscando responder à pergunta de pesquisa desta revisão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das buscas realizadas nas bases de dados, foi encontrado um total de 603 artigos, sendo selecionados, 14 artigos encontrados na base de dados PubMed.

Ainda não está claro se a resistência à insulina é uma causa ou consequência da DA; no entanto, a ação da insulina demonstrou desempenhar um papel em várias partes importantes da patogênese progressiva da DA (BELFIORE *et al*., 2017).

Menor captação de glicose no cérebro e metabolismo de glicose prejudicado está associada à DA. Além disso, muitos achados apoiam o conceito de que a desregulação da sinalização de insulina pode ser um fator importante na patogênese da DA. Vários mecanismos podem explicar a correlação entre a DA e os defeitos de sinalização da insulina. De fato, alguns estudos mostraram que a expressão e ativação das proteínas IR, IGF-1R e IRS-1 são reduzidas no cérebro de pacientes com DA em comparação com cérebros saudáveis de controle (DENVER e MCCLEAN, 2018).

Um grande corpo de evidências principalmente epidemiológicas sugere que DM2, obesidade e outros estados pré-diabéticos de resistência à insulina são fatores de risco para DA e distúrbios relacionados (GRALLE, 2017).

Estudos de neuroimagem mostram que o DM2 está associado a padrões de alterações cerebrais consistentes com demências neurodegenerativas, incluindo lesões da substância branca. Estudos volumétricos de ressonância magnética relataram correlações significativas entre a presença de DM2, obesidade e/ou resistência periférica à insulina e volume hipocampal diminuído, uma característica comum, embora não específica, da DA. Estudos que empregam FDG-PET relatam hipometabolismo regional semelhante à DA — por exemplo, nas regiões parietotemporal, frontal e cinguladoretroesplenial (RENO *et al*., 2017; LYNN *et al*., 2022).

A resistência à insulina tem sido proposta para contribuir para doenças neurodegenerativas através de vários mecanismos, incluindo a promoção de lesões patológicas específicas da doença e um aumento na vulnerabilidade neuronal e neurodegeneração em geral. Além disso, distúrbios na sinalização da insulina foram observados no tecido cerebral de pessoas com DA, independentemente do DM2 (BIESSELS e DESPA, 2018).

Isso dá origem à possibilidade de que uma característica central do DM2, a sinalização perturbada da insulina, causando resistência à insulina, não apenas afete o metabolismo sistêmico, mas também afete diretamente o cérebro, perturbando as vias cerebrais da insulina.

Tabela 5.1 Distribuição dos artigos segundo o título, autores, objetivo, abordagem do artigo, revista e ano.

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO	ABORDAGEM	REVISTA	ANO DE PUBLICAÇÃO
Cognitive decline and dementia in diabetes: mechanisms and clinical implications	Geert Jan Biessels, Florin Despa.	Aborda as diferentes manifestações da disfunção cognitiva associada ao diabetes. A ênfase será nos estágios de demência e pré-demência do comprometimento cognitivo no DM2.	Fisiopatologia	Nature Reviews Endocrinology	2018
Brain insulin resistance in type 2 diabetes and Alzheimer disease: concepts and conundrums	Arnold SE, Arvanitakis Z, Macauley-Rambach SL, Koenig AM, Wang HY, Ahima RS, Craft S, Gandy S, Buettner C, Stoeckel LE, Holtzman DM, Nathan DM.	Revisar as principais observações e dados experimentais sobre a sinalização da insulina no cérebro, destacando suas ações nos neurônios e na glia. Além disso, definimos o conceito de 'resistência cerebral à insulina' e revisamos a crescente, embora ainda inconsistente, a literatura sobre comprometimento cognitivo e anormalidades neuropatológicas no DM2, obesidade e resistência à insulina.	Fisiopatologia	Nature Reviews Endocrinology.	2018
Amyloid Beta monomers regulate cyclic adenosine monophosphate response element binding protein functions by activating type-1 insulin-like growth factor receptors in neuronal cells	Stefania Zimbone, Irene Monaco, Fiorenza Gianì, Giuseppe Pandini, Agata G. Copani, Maria Laura Giuffrida,corresponding author e Enrico Rizzarelli	Demonstramos que os monômeros Aβ, sintéticos e naturais, pela ativação da via PI3K/AKT, foram capazes de induzir a ativação de CREB em células diferenciadas de neuroblastoma humano e em neurônios corticais primários de ratos.	Fisiopatologia	Aging Cell	2018

Insulin Receptor Isoforms in Physiology and Disease: An Updated View	Antonino Belfiore, Roberta Malaguarnera,Veronica Vella, Michael C. Lawrence, Laura Sciacca, Francesco Frasca, Andrea Morrione, and Riccardo Vigneri.	Discute novas informações que geraram um progresso notável em nossa compreensão da fisiologia das isoformas de receptores de insulina e seu papel na doença.	Fisiopatologia	Endocrine Reviews	2017
Distinguishing normal brain aging from the development of Alzheimer's disease: inflammation, insulin signaling and cognition	Paul Denver, Paula L. McClean.	Destacar marcadores cognitivos ou neuropatológicos que distinguem a DA do envelhecimento normal.	Fisiopatologia	Neural Regeneration Research	2018
Insulin Resistance and Neurodegeneration: Progress Towards the Development of New Therapeutics for Alzheimer's Disease	Suzanne M. de la Monte	Abranger a diversidade de anormalidades cerebrais na DA e discute como insulinas, incretinas e sensibilizadores de insulina podem ser utilizados para tratar em diferentes estágios da neurodegeneração.	Fisiopatologia	Drugs	2017
AMPK: A bridge between diabetes mellitus and Alzheimer's disease	Meixiang Chen, Nanqu Huang, Ju Liu, Juan Huang, Jingshan Shi, Feng Jin	Destacar os papéis da AMPK no DM e DA incluindo suas funções na gliconeogênese e resistência à insulina (RI) e suas relações com a proteína β amilóide (Aβ), Tau e ativadores de AMPK. No DM, a AMPK está envolvida na regulação do metabolismo da glicose e da RI. A AMPK está intimamente relacionada à gliconeogênese.	Fisiopatologia	Behavioural Brain Research	2021

AMPK: guardian of metabolism and mitochondrial homeostasis	Sébastien Herzig & Reuben J. Shaw	Discute como a AMPK funciona como um mediador central da resposta celular ao estresse energético e insultos mitocondriais e coordena várias características da autofagia e da biologia mitocondrial.	Fisiopatologia	Nature Reviews Molecular Cell Biology.	2018
AMPK signaling in diabetes mellitus, insulin resistance and diabetic complications: A preclinical and clinical investigation	Maliheh Entezari, Danial Hashemi, AfshinTaheriazam, Amirhossein Zabolian, Shima Mohammadi, Farima Fakhri, Mehrdad Hashemib, Kiavash Hushmandi, Milad Ashrafizadehi, Ali Zarrabik, Yavuz Nuri Ertasl, Sepideh Mirzaei, Saeed Samarghandian	Compreender o papel da AMPK no DM. A indução da sinalização AMPK promove a glicose no DM que é importante para melhorar a hiperglicemia. Investigações posteriores revelam o papel da sinalização AMPK no aumento da sensibilidade à insulina para o tratamento de pacientes diabéticos.	Fisiopatologia	Biomedicine & Pharmacotherapy	2022
The neuronal insulin receptor in its environment.	Matthias Gralle	A sinalização IR neuronal na saúde e na doença, e, em seguida, concentra-se nas diferenças conhecidas entre o IR neuronal e periférico no que diz respeito ao splicing alternativo e glicosilação, e a falta de dados em relação à fosforilação e localização do subdomínio da membrana.	Fisiopatologia	Journal of Neurochemistry.	2017
A Tale of Two Diseases: Exploring Mechanisms Linking Diabetes Mellitus with Alzheimer's Disease	Lynn, Jessica; Park, Mingia; Ogunwale, Christianab, Acquaah-Mensah, George K.	Detalhar os processos compartilhados que contribuem para essas duas doenças. A resistência à insulina, principal componente da patogênese do DM2, também está presente na DA, causando comprometimento do metabolismo da glicose cerebral, neurodegeneração e comprometimento cognitivo.	Fisiopatologia	Jornal da Doença de Alzheimer.	2022

Brain GLUT4 Knockout Mice Have Impaired Glucose Tolerance, Decreased Insulin Sensitivity, and Impaired Hypoglycemic Counterregulation	Candace M. Reno, Erwin C. Puente, Zhenyu Sheng, Dorit Daphna-Iken, Adam J. Bree, Vanessa H. Routh, Barbara B. Kahn e Simon J. Fisher.	Levantar a hipótese de que o GLUT4 cerebral é necessário para regular a homeostase da glicose em todo o corpo, bem como para detectar e responder a diminuições na glicose.	Fisiopatologia	Diabetes	2017
Diabetes mellitus and Alzheimer's disease: GSK-3β as a potential link	Ying Zhang, Nan Qu Huang, Fei Yan, Hai Jin, Shao Yu Zhou, Jing Shan Shi, Feng Jin.	Entender a relação da diabetes e doença de Alzheimer.	Fisiopatologia	Behavioural Brain Research	2018
Type 2 Diabetes Mellitus and Alzheimer's Disease: Role of Insulin Signalling and Therapeutic Implications	Andrea Tumminia, Federica Vinciguerra, Miriam Parisi, Lucia Frittitta.	Focar especificamente nos mecanismos relacionados à sinalização da insulina. Também avaliaremos as estratégias farmacológicas direcionadas ao DM2 como potenciais ferramentas terapêuticas em pacientes com comprometimento cognitivo.	Fisiopatologia	International Journal of Molecular Sciences	2018

Outras pistas etiológicas de estudos em humanos que justificam uma investigação mais aprofun-dada são o acúmulo de produtos finais de glicação avançada (AGEs)– para a qual a autofluorescência da pele é um proxy não invasivo – e aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica (BHE), apontando para possíveis papéis da inflamação e disfunção endotelial (ZIMBONE *et al*., 2018).

Além disso, alguns autores demonstraram que os níveis neocorticais de insulina e a ligação aos receptores de insulina são reduzidos em cérebros com DA. Finalmente, uma menor concentração de insulina no LCR, apesar da maior concentração plasmática de insulina, sugere redução da ação da insulina no SNC (LA MONTE, 2017).

Pesquisadores propuseram que o aumento das concentrações de insulina cerebral em pessoas com DA pode ter efeitos terapêuticos preventivos, modificadores da doença ou sintomáticos. Conforme observado anteriormente, a administração intranasal de insulina melhora as funções de memória em indivíduos saudáveis ou com comprometimento cognitivo leve e melhora as medidas de sinalização de insulina, amiloide-β e comportamentos cognitivos e naqueles com resistência à insulina (ARNOLD *et al*., 2018).

Recentemente, alguns estudos mostraram que o fator comum entre DA e DM é a AMPK. AMPK é uma enzima metabólica que regula o fornecimento de energia das células, que também é conhecido como um "receptor de energia". No DM, a AMPK regula o metabolismo da glicose e lipídios e afeta o nível de glicose e o perfil lipídico do sangue através de vias genéticas relacionadas. Curiosamente, a AMPK também desempenha um papel importante na DA induzindo autofagia no núcleo, eliminando assim a deposição de Aβ e aliviando a patologia da DA (CHEN *et al*., 2021; ENTEZARI *et al*., 2022).

Portanto, a ativação da sinalização AMPK diminui significativamente os níveis de glicose. Digno de nota, a ativação da sinalização AMPK promove a sensibilidade à insulina das células. Assim, tanto o aumento do metabolismo da glicose quanto a sensibilidade à insulina participam conjuntamente na diminuição dos níveis de glicose. A ativação da sinalização AMPK diminui significativamente a nefropatia, neuropatia, doenças hepáticas, doenças cardiovasculares e assim por diante (HERZIG e SHAW, 2018).

4. CONCLUSÃO

A insulina pode exercer um efeito importante na função cerebral. Alterações no metabolismo e na sinalização da insulina podem contribuir para o desenvolvimento de distúrbios neurodegenerativos, como a DA, influenciando na regulação de suas características neuropatológicas.

A DA deve ser considerada como uma forma cerebral de diabetes na qual a resistência e a deficiência à insulina se desenvolvem primariamente no cérebro ou devido à doença sistêmica de resistência à insulina com envolvimento secundário do cérebro.

Portanto, experimentos futuros podem se concentrar em sua entrega por nanoestruturas no tratamento de DM via direcionamento da sinalização AMPK para DA. Além disso, como a sinalização de AMPK é um alvo drogável, seus sítios de ligação foram reconhecidos e a química medicinal pode ser explorada para desenvolver novas pequenas moléculas capazes de regular sua expressão.

A indução da sinalização AMPK é uma estratégia ideal para reduzir a resistência à insulina, melhorar o metabolismo da glicose e lipídios, bem como melhorar as complicações diabéticas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNOLD, S. E., ARVANITAKIS, Z., MACAULEY-RAMBACH, S. L., KOENIG, A. M., WANG, H. Y., AHIMA, R. S., CRAFT, S., GANDY, S., BUETTNER, C., STOECKEL, L. E., HOLTZMAN, D. M., NATHAN, D. M. Brain insulin resistance in type 2 diabetes and Alzheimer disease: concepts and conundrums. Nature Reviews Neurology 2018 Mar;14(3):168-181.

BELFIORE, A., MALAGUARNERA, R., VELLA, V., LAWRENCE, M. C., SCIACCA, L., FRASCA, F., MORRIONE, A., VIGNERI, R. Insulin Receptor Isoforms in Physiology and Disease: An Updated View. Endocrine Reviews 2017 Oct 1;38(5):379-431.

BIESSELS, G. J., DESPA, F. Cognitive decline and dementia in diabetes mellitus: mechanisms and clinical implications. Nature Reviews Endocrinology 2018;14(10):591-604.

CHEN, M., HUANG, N., LIU, J., HUANG, J., SHI, J., JIN, F. AMPK: A bridge between diabetes mellitus and Alzheimer's disease. Behavioural Brain Research 2021 Feb 26;400:113043.

DENVER, P., MCCLEAN, P. L. Distinguishing normal brain aging from the development of Alzheimer's disease: inflammation, insulin signaling and cognition. Neural Regeneration Research 2018 Oct;13(10):1719-1730.

ENTEZARI, M., HASHEMI, D., TAHERIAZAM, A., ZABOLIAN, A., MOHAMMADI, S., FAKHRI, F., HASHEMI, M., KIAVASH HUSHMANDI, ASHRAFI-ZADEH, M., ZARRABI, A., YAVUZ NURI ERTAS, Y. N., MIRZAEI, S., SAEED SAMARGHANDIAN, S. AMPK signaling in diabetes mellitus, insulin resistance and diabetic complications: A pre-clinical and clinical investigation. Biomedicine & Pharmacotherapy. 2022, 146: 112563.

GALVÃO, C.M., MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R.C.C.P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: Brevidelli MM, Sertório SCM. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 2012, 105-26.

GRALLE, M. The neuronal insulin receptor in its environment. Journal of Neurochemistry 2017 Feb;140(3): 359-367.

HERZIG, S., SHAW, R. AMPK: guardian of metabolism and mitochondrial homeostasis. Nature Reviews Molecular Cell Biology, 2018; 19, 121–135.

LA MONTE, S. M. Insulin Resistance and Neurodegeneration: Progress Towards the Development of New Therapeutics for Alzheimer's Disease. Drugs. 2017;77 (1):47-65.

LYNN, J., PARK, M., Ogunwale, C., Acquaah-Mensah, G. K. A Tale of Two Diseases: Exploring Mechanisms Linking Diabetes Mellitus with Alzheimer's Disease. Journal of Alzheimer's Disease, 2022, 85(2):485-501.

RENO, C. M., PUENTE, E. C., SHENG, Z., DAPHNA-IKEN, D., BREE, A. J., ROUTH, V. H., KAHN, B. B., FISHER, S. J. Brain GLUT4 Knockout Mice Have Impaired Glucose Tolerance, Decreased Insulin Sensitivity, and Impaired Hypoglycemic Counterregulation. Diabetes. 2017 Mar;66(3):587-597.

TUMMINIA, A., VINCIGUERRA, F., PARISI, M., FRITTITTA, L. Type 2 Diabetes Mellitus and Alzheimer's Disease: Role of Insulin Signalling and Therapeutic Implications. International Journal of Molecular Sciences 2018 Oct 24;19(11):3306.

ZIMBONE, S., MONACO, I., GIANÌ, F., PANDINI, G., COPANI, A. G., GIUFFRIDA, M. L., RIZZARELLI, E. Amyloid Beta monomers regulate cyclic adenosine monophosphate response element binding protein functions by activating type-1 insulin-like growth factor receptors in neuronal cells. Aging Cell. 2018 Feb;17(1): e12684.

ZHANG Y, HUANG NQ, YAN F, JIN H, ZHOU SY, SHI JS, JIN F. Diabetes mellitus and Alzheimer's disease: GSK-3β as a potential link. Behavioural Brain Research 2018.

CAPÍTULO 06

SAÚDE MENTAL NAS COMUNIDADES RURAIS

ANA LAURA HESPANHOL MORAES[1]
LARISSA ALCÂNTARA DE OLIVEIRA[1]
LIVIA TORRES HORTA DE ARAUJO[1]
MARIA LUIZA LANZIOTTI NOGUEIRA[1]
TAMARA LACERDA DE MESQUITA[1]
TÁRIK JABOUR VENUTO[2]

1. Discente - Medicina na Faculdade de Medicina de Barbacena (FUNJOB)
2. Docente – Saúde mental e clínica psiquiátrica na Faculdade de Medicina de Barbacena (FUNJOB)

Palavras-chave: *Saúde Mental; Comunidade rural; Trabalhador rural.*

1. INTRODUÇÃO

A vida rural, é historicamente, marcada por hábitos de vida distintos da vida urbana, englobando fatores produtivos, econômicos e culturais. Embora diversas transformações venham ocorrendo ao longo dos anos nas comunidades rurais, estas ainda apresentam altas taxas de pobreza, baixa escolaridade e menor desenvolvimento social, com baixa atuação das autoridades administrativas em relação à promoção de saúde e assistência social, o que faz com que as mesmas tenham acesso escasso aos serviços de saúde mental (MORAIS *et al*., 2020; MARMENTINI, 2017).

Mesmo com o avanço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em todo o território nacional, a realidade da atenção em saúde mental no meio rural ainda é configurada como um impasse (SILVA, *et al*., 2012). Além do acesso aos serviços serem escassos e dificultados, outros fatores influenciam na saúde mental das comunidades rurais, tais como o estilo de vida, desigualdade social, seca e violência.

Este contexto de vulnerabilidade ambiental, social e psicológico não só dificulta a vida das populações que vivem no campo, mas também se associa diretamente com o surgimento de transtornos mentais. Assim, faz-se necessário compreender e analisar os processos de determinação social da saúde mental nas comunidades rurais a fim de reduzir o impacto na saúde mental destas comunidades (NETO & DIMINSTEIN,2017).

O objetivo deste estudo foi buscar na literatura os principais determinantes sociais da saúde mental nas comunidades rurais a fim de compreender e analisar o surgimento de transtornos mentais nessa população e, consequentemente, reduzir os futuros impactos decorrentes do sofrimento psicossocial e ambiental relacionados às condições de vida e laborais no ambiente rural.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de janeiro de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados: SciELO, PubMed e sites de entidades de saúde. Foram utilizados os descritores: “saúde mental”, “comunidade rural”, “trabalhador rural”. Desta busca foram encontrados 11 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nas línguas portuguesa e inglesa, publicados até 2021, focados nos impactos na saúde mental nas comunidades rurais.

Após os critérios de seleção restaram 11 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em texto, de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: desigualdades sociais e dificuldades financeiras, desigualdade de gênero, baixa escolaridade, estilo de vida e acesso precário aos serviços de saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Desigualdades Sociais e dificuldades financeiras

No Brasil, existem basicamente dois modelos de serviço agrícola, o agronegócio e a agricultura familiar. Enquanto o agronegócio é marcado por uma dinâmica capitalista desenvolvida, com sua produção destinada aos mercados internacionais para comercialização, a agricultura familiar engloba camponeses, agricultores familiares, trabalhadores assentados, populações ribeirinhas e comunidades que hábitam reservas extrativistas (MARMENTINI, 2017). Contudo, muitos trabalhadores rurais,

sobretudo aqueles que não contam com tecnologia e instrumentos desenvolvidos, encontram impasses que dificultam a produção e desafiam a saúde física e mental. Dentre estes impasses pode-se citar a falta de recursos hídricos, uso de agrotóxicos, realização de queimadas, escassez de recursos e precariedade no sistema de transporte (ALVES & RODRIGUES, 2010). Além disso, muitos indivíduos se deparam com a falta de oportunidades de emprego, que junto à dificuldade de locomoção dificultam não apenas o complemento da renda familiar, mas também os contatos sociais e a falta de perspectiva acerca de melhorias nas condições de vida (PARREIRA, *et al*., 2017). As desigualdades socioeconômicas provocam o adoecimento não só por contribuir com o rebaixamento da autoestima, mas também por evidenciar uma pertinência social, que favorece o distanciamento do indivíduo perante a sociedade (MORAIS, *et al*., 2020).

3.2. Desigualdade de gênero

A desigualdade também ocorre entre os sexos, uma vez que homens e mulheres possuem atribuições diferentes no cotidiano da zona rural. Para as mulheres há a sobrecarga para conseguir realizar atividades e lidar com suas responsabilidades, como estudar, cuidar da família e a responsabilização por parentes, casamento, trabalho doméstico e na plantação e colheita. Ademais, a inexistência de vínculos empregatícios e a mínima ou nula autonomia financeira, são queixas que também geram ou agravam o sofrimento psíquico. Por sua vez, os homens possuem como queixas principais como fatores que agravam sua saúde mental, a responsabilidade de trabalhar em suas terras e fazê-las produtivas, pois são os produtos advindos dela que provêm renda e alimentação para a família. Além disso, também possuem receios acerca de perder suas capacidades e consequentemente não conseguirem gerar renda e oferecer a mínima qualidade de vida para sua família (DIMENSTAIN, *et al*., 2017).

3.3. Baixa escolaridade

Além da baixa escolaridade contribuir com que os indivíduos não busquem assistência para a saúde mental, ela influência diretamente na inserção da população no mercado de trabalho, haja vista que, frequentemente, trabalhadores que possuem menores oportunidades estudantis acabam sendo direcionados ao mercado informal de trabalho (PARREIRA *et al*., 2017). Esta realidade, contudo, afeta a autonomia da população e sua participação no meio social, colocando a saúde mental destes indivíduos em risco ou contribuindo com o agravamento de problemas mentais pré-existentes (CAMPOS, *et al*., 2021).

3.4. Estilo de vida

De forma geral, os moradores de comunidades rurais estão expostos a diversos agentes que causam agravos à saúde. Além da exposição a agrotóxicos, não utilização ou uso inadequado de equipamentos de proteção e sobrecarga de trabalho, concomitantemente à situação de vulnerabilidade e desigualdade sócioeconômica, vinculam conflitos familiares, violência, tabagismo, uso abusivo de substâncias alcoólicas e substâncias ilícitas (NETO & DIMINSTEIN, 2017; SOUZA, *et al.*, 2018). Em decorrência destas condições adversas da vida rural e da exposição a agentes nocivos, os moradores de comunidades rurais são condicionados a um contexto de adoecimento psicossocial que engloba diversas patologias, tais como: depressão, ansiedade, pânico e alteração de humor (SOUZA, *et al.*, 2018).

3.5. Acesso precário aos serviços de saúde

O acesso ao cuidado em saúde mental no ambiente rural ainda se mostra precário e insatisfatório para atender a demanda da população

(MORAIS, *et al*., 2020). Além da dificuldade para aquisição de fármacos por meio do sistema de saúde público, muitos indivíduos deixam de frequentar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por dificuldade de locomoção, fazendo com que muitos pacientes fiquem restritos ao uso de medicação para o tratamento de suas comorbidades, o que não é suficiente para estabelecer melhoras clínica e social (SILVA, *et al*., 2012).

3.6. Fragilidade na organização da rede de saúde mental

A Reforma Psiquiátrica no Brasil propõe estratégias de integração, continuidade do cuidado e multidisciplinaridade para a saúde mental. Com isso, RAPS caracteriza-se pelo englobamento não somente de Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas também dos Núcleos de Apoio à Família (NASF), centros de convivência e cultura, ambulatórios especializados e CAPS nas suas variadas modalidades, de acordo com a complexidade e demanda social, também inclui urgência e emergência, residências terapêuticas, bem como leitos em hospital geral e enfermarias psiquiátricas (LIMA & GUIMARÃES, 2019).

A Reforma Psiquiátrica almeja implementar essa política de saúde mental inclusiva, integrativa e com base comunitária na atenção primária com atendimentos individuais e em grupos, visitas domiciliares e atividades nas comunidades. Em conjunto, os serviços ambulatoriais em saúde mental, que continuam sendo referência para consultas psiquiátricas e psicológicas especializadas, sofrem com um número restrito de profissionais da área, fato este que contribui para a desassistência de pacientes psiquiátricos, prejuízo funcional com incapacidade laboral e também com o aumento da demanda por atendimentos e longa fila de espera. Além disso, observa-se dificuldade em construir redes assistenciais multidisciplinares para que pacientes com transtornos mentais consigam manter relações sociais com a comunidade (MARCELLE*, et al.*, 2016).

4. CONCLUSÃO

Conforme o exposto, a experiência do sofrimento mental nas comunidades rurais está relacionada aos diversos fatores determinantes que permeiam o cotidiano das mesmas, favorecendo o aparecimento e o agravamento de diversas patologias como a depressão e a ansiedade.

Diante da dificuldade de acesso à recursos para o cuidado dos portadores de transtornos mentais moradores da zona rural, alguns cuidadores e familiares utilizam outros métodos a fim de cuidar deles. Um deles é pela religião (Silva, *et al*., 2012), as tradições religiosas se tornam um importante estimulante espiritual e psicossocial, uma vez que motiva comportamentos de comunhão.

Outro método é o trabalho (Silva, *et al*., 2012). Alguns familiares utilizam dos serviços dos portadores de transtorno a fim de incentivar a aprendizagem, convívio com outras pessoas e a parte cognitiva. Além do trabalho ativar o aspecto social do indivíduo e gerar um sentimento de coletividade, ele também proporciona como uma forma de exercício e evitar o sedentarismo.

Conjuntamente, o suporte dos recursos de parentes, vizinhos e da comunidade é de grande ajuda para criar uma rede colaborativa para o portador de transtornos (SILVA, *et al*., 2012). Esse artifício serve, realmente, como uma fonte de apoio, em que ele possa recorrer em busca de ajuda e de afetividade.

Assim, é imprescindível reconhecer as dificuldades da atenção psicossocial neste meio, para traçar estratégias que garantam acesso às políticas públicas de saúde mental na população rural e reduzir os impactos causados pelas desigualdades socioeconômicas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A.A.M. & RODRIGES, N.F.R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. Revista Portuguesa de Saúde Pública. v.28, p.127-131, 2010.

CAMPOS, I.O. *et al*. Escolaridade, trabalho, renda e saúde mental: um estudo retrospectivo e de associação com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis: Revista de Saúde Coletiva. v.31, 2021.

DIMENSTEIN, M. *et al*. Iniquidades Sociais e Saúde Mental no Meio Rural. Psico-USF. v. 22, p. 541-553, 2017.

LIMA, D.K.R.R. e GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. Physis: Revista de Saúde Coletiva. v. 29, 2019.

MARCELLE, P. *et al*. Ambulatório de saúde mental: Fraquezas apontadas pelos profissionais. Texto & Contexto Enfermagem v.25, 2016.

MARMENTINI, J.C. Adoecimento mental em comunidades rurais do município de Centenário: perspectivas histórico-sociais. RELACult–Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade. v. 3, n. 3, 2017.

MORAIS, R.S. *et al.* Saúde mental em territórios rurais: a experiência do PET-SAÚDE Gradua SUS UNIVASF. Revista de Extensão da UNIVASF. v.8, p. 085-099, 2020.

NETO, M.C. e DIMINSTEIN, M. Saúde Mental em Contextos Rurais: o Trabalho Psicossocial em Análise. Psicologia: Ciência e Profissão. v. 37, n. 2, p. 461-474, 2017.

PARREIRA, B.D.M. *et al*. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 51. 2017.

SILVA, V.H.F. *et. al.* O cuidado em saúde mental em zonas rurais. Mental, Barbacena. v.10, p.267-285, 2012.

SOUZA, S. *et al.* A narrative review associating health vulnerability and environmental factors among rural workers. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho v. 16, p.503-508, 2018

SAÚDE MENTAL
Edição 4
Desafios da prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado na sociedade moderna

CAPÍTULO 07

O TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NA POPULAÇÃO LOCAL APÓS A TRAGÉDIA DE BRUMADINHO – MG

BÁRBARA DE LOURDES GURGEL[1]
ISABELA BASTOS ROMANELLI[1]
JULIANA VIEIRA GAMA[1]
SOPHIA OLIVEIRA REZENDE[1]

1. Discente – Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH

Palavras-chave: *Transtorno de estresse pós-traumático; Desastre natural; Saúde mental.*

1. INTRODUÇÃO

Em 25 de janeiro de 2019 no município de Brumadinho, Minas Gerais, ocorreu o rompimento da barragem da mina Córrego do Feijão, quando a lama devastou a comunidade local e o centro administrativo da empresa Vale S.A, tornando-se um dos maiores desastres sócio-ambientais do Brasil. A lama atingiu imediatamente a estrutura da mineradora, seguindo para um pequeno vilarejo e uma pousada, e alguns minutos depois, alcançou o leito do rio Paraopeba, causando 259 óbitos (FELIX, *et al*., 2020).

Esse fato acarretou inúmeras consequências como óbitos, desaparecidos, desmoronamentos de casas, espaços públicos e destruição do ecossistema, como a contaminação do Rio Paraopeba. Ressalta-se também o impacto sociopolítico, cultural e econômico desse desastre, uma vez que a economia da cidade está relacionada à mineração (NOAL *et al*., 2019).

Esses numerosos efeitos afetaram de forma expressiva a saúde mental da população, sendo de maneira mais prevalente e debilitante o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

O TEPT tem sido descrito como "os complexos efeitos somáticos, cognitivos, afetivos e comportamentais do trauma psicológico". Ele é caracterizado por pensamentos intrusivos, pesadelos e flashbacks de eventos traumáticos passados, evitação de lembranças de trauma, hipervigilância e distúrbios do sono, todos os quais levam a considerável disfunção social, ocupacional e interpessoal (SAREEN, 2021).

Em diversas ocasiões a Vale foi alertada para a ausência de segurança da barragem que acabou se rompendo. Em março de 2018 um radar identificou movimentação na estrutura dessa barragem, havendo um engenheiro comunicado a ocorrência de um deslocamento de 10 centímetros. Uma semana antes do desastre esse mesmo radar mapeou uma deformação no solo do local. Nenhuma providência foi tomada. Ademais, em 2017, a Vale já havia sido avisada que o denominado fator de segurança da barragem do Córrego do Feijão estava em 1,06, portanto em nível inferior a 1,3, que é o mundialmente recomendado para esse tipo de empreendimento, e abaixo até mesmo do exigido pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, que é 1,1 (GERENTE & SILVA, 2019).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar o impacto do desastre ambiental ocorrido em Brumadinho e sua repercussão na saúde mental da população, tendo como ênfase o TEPT.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo através de uma revisão de literatura realizada no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022 na qual foram selecionados seis artigos científicos, indexados nas principais bases de dados: PubMed e SciELO. Foram utilizados os seguintes descritores: “transtorno de estresse pós-traumático", “desastres naturais”, “impactos psicossociais” e “Brumadinho”.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados que abordavam as temáticas propostas entre os anos de 2006 a 2021, na língua portuguesa e inglesa. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, que não abordavam o tema estudado e que não atendiam os demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram seis artigos científicos para leitura minuciosa sobre o tema, no qual dados e resultados foram colhidos de forma seletiva e apresentados de maneira descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tragédia ocorrida em Brumadinho, no ano de 2019, provocou inúmeros óbitos e incalculáveis danos à população, dentre eles, o acometimento psicológico dos moradores da região com o surgimento de doenças psiquiátricas, como o TEPT e a depressão. De acordo com os fatores antes mencionados, pode-se considerar que o impacto psicossocial e de saúde mental desse evento confere implicações díspares a toda a população presente no município, incluindo as equipes externas de ajuda humanitária, voluntários e trabalhadores presentes na fase de resposta (NOAL *et al*., 2019).

Depreende-se que o desastre provocou um profundo trauma na população, sobretudo na parcela deslocada, deixando-a sob importante pressão psicológica e em condições completamente distintas de sua forma de vida original, consequência da desterritorialização (LACAZ *et al*., 2017).

Pesquisa acerca de saúde mental que entrevistou 271 pessoas atingidas pelo rompimento da barragem de Fundão, da Samarco, no município de Mariana, em Minas Gerais, ocorrida em 5 de novembro de 2015, chegou à conclusão que 12% dos afetados pelo desastre sofrem de estresse pós-traumático, sendo que esse índice, entre crianças e adolescentes, chega a 83%. A vivência da tragédia e as suas lembranças causaram impactos na vida dessas pessoas, que vieram a apresentar insônia, ansiedade, depressão e pensamentos suicidas (GERENTE & SILVA, 2019).

O TEPT se destaca por representar o transtorno psiquiátrico mais prevalente e debilitante entre sobreviventes de desastres naturais. Ele é definido como uma resposta sintomática envolvendo revivência, esquiva de estímulos associados ao trauma e entorpecimento da responsividade geral e excitabilidade aumentada a um evento estressor. Fisiologicamente, ocorre uma hiperativação do sistema nervoso simpático, caracterizada pela produção aumentada de adrenalina e noradrenalina na circulação sanguínea pelos próprios terminais simpáticos e pela medula da suprarrenal. Esse transtorno é caracterizado por pensamentos intrusivos, pesadelos e flashbacks de eventos traumáticos passados, evitação de lembranças do trauma, hipervigilância e alteração do sono. Sendo assim, acarreta um sofrimento clinicamente significativo e/ou prejuízo social ou ocupacional, com presença de sintomas superiores a 1 mês.

O diagnóstico de TEPT pode ser desafiador devido à heterogeneidade da apresentação e resistência por parte do paciente em discutir traumas passados. Outro fator complicador é que os eventos traumáticos estão associados a uma série de outras psicopatologias, incluindo depressão e transtornos de ansiedade. Pacientes expostos a múltiplos eventos traumáticos podem ser erroneamente diagnosticados com TEPT em vez de outro transtorno primário (SAREEN, 2021). O TEPT, como mencionado anteriormente, é definido no DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) como uma resposta sintomática envolvendo revivência (critério B), esquiva de estímulos associados ao trauma e entorpecimento da responsividade geral (critério C) e excitabilidade aumentada (critério D) a um evento estressor (critério A), como pode-se observar na **Figura 7.1** (KRISTENSEN, 2006).

Figura 7.1 Critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) para Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:
   1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolvem morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros;
   2. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:
   1. Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;
   2. Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
   3. Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashbacks* dissociativos);
   4. Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
   5. Reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três ou mais dos seguintes quesitos:
   1. Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma;
   2. Esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;
   3. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;
   4. Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
   5. Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
   6. Faixa de afeto restrita;
   7. Sentimento de um futuro abreviado (não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou período normal da vida).

D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:
   1. Dificuldade em conciliar ou manter o sono;
   2. Irritabilidade ou surtos de raiva;
   3. Dificuldade em concentrar-se;
   4. Hipervigilância;
   5. Resposta de sobressalto exagerada.

E. A duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C, e D) é superior a 1 mês.

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Legenda: Critérios diagnósticos para Transtorno do Estresse Pós-Traumático. **Fonte**: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002.

Após o desastre, foi desenvolvida uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial que teve como alvo as equipes de saúde do SUS e que se baseou em diversos documentos tais como o Marco de Sendai, protocolos e guias da Organização Mundial da Saúde, orientações do Conselho Federal de Psicologia e políticas públicas já regulamentadas (NOAL *et al*., 2019).

Com isso, equipes de saúde, socorristas, voluntários e trabalhadores em geral foram capacitados para que identificarem o sofrimento psíquico na população diretamente atendida. Sendo assim, a cidade foi mapeada e então espalhou-se pontos de atendimento para os indivíduos onde continha uma rede de apoio como psicólogos, médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, terapeutas, fisioterapeutas e outros para atender a população necessitada.

Como um fator facilitador da conformação de manobras táticas, aponta-se o fato de que o município tinha no momento do desastre 100% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), fato este que auxiliou na implantação de uma de uma atenção psicossocial e saúde mental rápida e compatível com a demanda da população (NOAL *et al*., 2019).

Esse modelo de mapeamento e atendimento as pessoas necessitadas foi de extrema im-

portância para identificar o TEPT e iniciar um cuidado rotineiro com o indivíduo visando minimizar os impactos na saúde da população.

Nesses moldes foi possível compreender as rupturas sofridas por essas pessoas que já estavam sendo cuidadas em situação de rotina, e também compreender as ferramentas para enfrentar situações de sofrimento, encurtando o processo de vínculo e potencializando um cuidado ampliado, tendo em vista o conhecimento pregresso desses usuários e, consequentemente, diminuindo o impacto na saúde mental (NOAL *et al.,* 2019).

Entretanto, as incertezas e inseguranças acerca do futuro, a demora ou falta de resolução das necessidades e problemas pelas autoridades responsáveis e empresas causadoras da tragédia acentuam o sofrimento psíquico das vítimas. Os dados do Registros das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) mostraram um aumento expressivo de 754 por cento nos casos de transtornos psicossociais no município de Brumadinho-MG. No mesmo local, o TEPT apresentou um aumento de 1372 por cento em 2019. Desse modo, desastres ambientais de grandes proporções desenvolvem danos psicológicos consideráveis a longo prazo, majoritariamente da população acometida.

4. CONCLUSÃO

O desastre em Brumadinho trouxe um impacto significativo na saúde mental da população resultando em um aumento expressivo do TEPT. Os danos causados são crônicos, complexos e dificilmente são reparados na sua integralidade. O suporte de redes de apoio e vínculos sociais são de suma importância para o fortalecimento da comunidade acometida. Portanto, a população deve receber um apoio psicossocial bem estruturado na rede básica de saúde para suporte e tratamento de suas afecções com o intuito de evitar a cronificação e patologização a médio e longo prazo do sofrimento psíquico. Por fim, a realização deste estudo foi dificultada pela escassez de bibliografias, ressaltando a importância do desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas sobre o tema em questão.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Porto Alegre: Artemed; 2002. p. 637 - 640.

FELIX, E.B.G. *et al*. O dano interior: Repercussão psicossocial da tragédia da Vale: saúde, humanas e tecnologia. Revista Interfaces, v. 8, p. 546, 2020.

GERENT, J. & SILVA, J.C.L. Repercussões psiquiátricas da catástrofe anunciada em Brumadinho: A complexidade dos danos ambientais difusos e individuais. Unisanta Law And Social Science, v. 8, p. 106, 2019.

KRISTENSEN, C.H. *et al.* Transtorno de estresse pós-traumático e funções cognitivas. Psico-USF, v. 11, p. 17, 2006.

LACAZ, F.A.C. *et al.* Tragédias brasileiras contemporâneas: o caso do rompimento da barragem de rejeitos de Fundão/Samarco. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v .42, p. 1, 2017.

NOAL, D.S. *et al*. O impacto na saúde mental dos afetados após o rompimento da barragem da Vale. Caderno de Saúde Pública, v. 35, p. 1, 2019.

SAREEN, J. *et al.* Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis, 2021.

CAPÍTULO 08

SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES DO GESTOR E DA PSICOLOGIA DO TRABALHO

JAQUELINE CAMPOS RESENDE [1]

LYSLIAN J. ALVES MOREIRA[2]

1. Acadêmica do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade Inspirar.
2. Mestre em Bioética, Enfermeira especialista em Centro Cirúrgico e CME; Cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Graduanda em Psicologia e Docente na Faculdade Inspirar. Docente no Curso Técnico em Enfermagem no Instituto Federal do Paraná. Membro do Corpo Editorial do Grupo Pasteur.

Palavras-chave: *Saúde mental; Psicologia organizacional; Gestor.*

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental está interligada com as diferentes atividades desempenhadas pelas pessoas, inclusive com o trabalho. A ocorrência dos transtornos mentais em profissionais da saúde é multifatorial, por exemplo, pela sobrecarga de trabalho em virtude do vínculo em mais de um estabelecimento e pela desvalorização financeira e técnica. Tais condições contribuem com o desgaste físico, emocional e mental predispondo à ocorrência de transtornos mentais (FERNANDES, 2018).

Os profissionais de Enfermagem trabalham acolhendo e lidando com a dor e o sofrimento de pacientes e familiares, se deparam com a morte e com conflitos interpessoais, além de terem que desempenhar as obrigações técnicas e burocráticas da profissão. Contudo, difícilmente esse profissional reconhece ou admite suas fragilidades e limitações psicoemocionais e físicas resultando em comprometimento de sua saúde e desempenho laboral. Tais problemáticas têm se mostrado de forma mais acentuada no atual cenário pandêmico decorrente da Covid-19 (SARS-CoV-2) (TOESCHER *et al.,* 2020).

Ademais, alguns profissionais desenvolvem estratégias de enfrentamento quando são expostos à desafios, situações conflituosas e de sofrimento. Entretanto, outros apresentam alteração no sono, desenvolvem transtornos como: depressão, ansiedade, síndrome de Burnout e, em casos extremos, cometem o suicídio. A Constituição Federal de 1988 e a Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) estabelecem a responsabilidade das organizações empregadoras de garantirem condições de segurança e saúde aos colaboradores. Inclusive, determina que as instituições hospitalares adotem medidas protetoras e promotoras de saúde aos profissionais que atuam nesses serviços (BRASIL, 1977).

Nesse contexto buscou-se identificar como o gestor em conjunto com a Psicologia do Trabalho podem contribuir com a saúde mental dos profissionais de Enfermagem. Afinal, parte-se do pressuposto de que as condições de trabalho interferem na saúde mental e no desempenho laboral dos trabalhadores de Enfermagem, bem como na qualidade e segurança assistencial prestada ao paciente. Assim, o objetivo desta pesquisa foi listar ações estratégicas da Gestão e da Psicologia Organizacional que contribuem com a saúde mental desses profissionais.

1.1. Psicologia Organizacional e do Trabalho

Psicologia Organizacional e do Trabalho estuda o comportamento humano no ambiente de trabalho, atuando sobre os problemas organizacionais da gestão e aqueles relacionados ao bem-estar dos colaboradores (LEME, 2015).

Sua construção se deu no início do século XIX com a chamada Psicologia industrial, a qual focava no aperfeiçoamento da mão de obra para a produção e prestação de serviços com intuito de aumentar a lucratividade da empresa. Com o passar do tempo e a necessidade de ampliar a visão das organizações, o psicólogo organizacional desenvolveu diferentes técnicas para atuar em diversos campos, tonando-se um valioso integrante na equipe de gestão (MENDES *et al*., 2018).

Assim, a Psicologia Organizacional mostra-se como uma importante aliada das organizações para lidarem com a seleção, formação e a motivação de equipes, o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades e competências dos colaboradores. Para tal, o gestor precisa manter-se atualizado sobre as tendências de mercado, ter conhecimento das reais necessida-

des de seus colaboradores e da organização. Valendo-se de algumas competências como a visão estratégica, o compromisso social e o uso assertivo de metodologias de trabalho para melhorar os processos operacionais e de gestão dos recursos (LEME, 2015).

2. MÉTODO

Este estudo é uma revisão integrativa de abordagem qualitativa realizada nos meses de outubro e novembro de 2021. Foram seguidas as seguintes etapas: problematização e elaboração da questão norteadora; escolha das palavras-chave; critérios de seleção; coleta dos dados; apresentação, análise e discussão dos resultados encontrados (SOUZA M. *et al.*, 2010). Foram atendidos os requisitos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016).

A busca por referenciais teóricos ocorreu nas bases de dados do *Google* acadêmico, por meio das palavras-chave: psicologia organizacional; saúde; profissional de Enfermagem. Desta busca foram encontrados 156.756 materiais, os quais foram submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos no idioma em português, publicados nos últimos dez anos e relacionados especificamente com o papel do gestor e da Psicologia Organizacional e do Trabalho na saúde mental dos trabalhadores da Enfermagem. Os critérios de exclusão foram: textos que não abordavam a temática proposta, em outro idioma, incompletos ou em duplicidade.

Inicialmente foi realizada a leitura dinâmica dos títulos para elencar aqueles que se aproximavam da temática proposta, totalizando em quinze materiais. Para a coleta de dados foi realizada a leitura criteriosa dos textos selecionados, destacando as principais ideias, as quais foram apresentadas na **Tabela 8.1** de forma hierarquizada (da maior para a menor frequência).

Por fim, os resultados foram discutidos na categoria "Ações estratégicas da gestão e da Psicologia Organizacional para a saúde mental de profissionais da Enfermagem".

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados hierarquizados por frequência foram apresentados na **Tabelas 8.1.**

Tabela 8.1 Ações estratégicas da Gestão e da Psicologia Organizacional para a saúde mental e física de profissionais da Enfermagem.

Salário compatível e alinhado com a função (F 6) Candida; Moreira (2021); Mucke *et al*. (2020); Guse; Carvalho (2015); Oliveira *et al.* (2015); Leal *et al.* (2015); Vasconcelos (2012)
Proporcionar quantitativo de profissionais suficiente para as demandas de trabalho (F 6) Candida; Moreira (2021); Mucke *et al*. (2020); Guse; Carvalho (2015); Oliveira *et al.* (2015); Leal *et al.* (2015); Vasconcelos (2012)
Oferecer suporte psicológico (F 5) Candida; Moreira (2021); Campidelli; Oliveira (2021); Mucke *et al*. (2020); Oliveira *et al.* (2015); Leal *et al.* (2015)
Proporcionar infraestrutura e materiais adequados para o desempenho laboral (F 4) Campidelli; Oliveira (2021); Martins *et al.* (2020); Santos (2017); Oliveira *et al.* (2015)

Disponibilização e orientação acerca da utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) (F4) Candida; Moreira (2021); Campidelli; Oliveira (2021); Martins *et al.* (2020); Leal *et al.* (2015)
Possibilitar a gestão participativa dos colaboradores (F 4) Candida; Moreira (2021); Oliveira *et al.* (2015); Leal *et al.* (2015); Guse; Carvalho (2015)
Alinhar as expectativas do trabalho com às da empresa (F 4) Candida; Moreira (2021); Campidelli; Oliveira (2021); Oliveira *et al.* (2015); Vasconcelos (2012)
Prática de atividade física laboral (F2) Mucke *et al*. (2020); Leal *et al.* (2015)
Aplicação do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) (F 1) para triar colaboradores com potencial risco de adoecimento mental Haikal *et al.* (2013)
Prática de *coping* (mecanismos de enfrentamento de situações de estresse e sofrimento) (F 1) Martins *et al.* (2020)
Utilização da prática de *mindfulness* (atenção plena) (F 1) Pegoraro (2015)
Utilização de medidas para relaxamento (F 1) Rizzi *et al.* (2021)
Espaços terapêuticos (roda de conversa) (F 1) Costa *et al*. (2014)
Realização da técnica de auriculoterapia (F 1) Figueiredo (2017)
Rodízio de escalas de atividades e de férias (F 1) Leal *et al.* (2015)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

3.1. Ações estratégicas da gestão e da Psicologia Organizacional para a saúde mental da Enfermagem

Dentre as contribuições da gestão para a saúde mental da Enfermagem, o presente estudo evidenciou fortemente a relação do aspecto salarial e do número suficiente de profissionais para o desempenho das atividades laborais (F 6) (CANDIDA; MOREIRA, 2021; MUCKE *et al*., 2020; GUSE; CARVALHO, 2015; LEAL *et al.,* 2015; OLIVEIRA *et al.,* 2015; VASCONCELOS*,* 2012).

Aliás, é de conhecimento que a insuficiência no quantitativo de profissionais de Enfermagem gera sobrecarga de atribuições com consequente aumento do desgaste físico, mental e psicoemocional. Ademais, a desvalorização da mão de obra da Enfermagem faz com que o profissional busque por outros vínculos de trabalho para obter o valor financeiro necessário para a sua subsistência, restando pouco tempo para investir em capacitação, lazer e cuidados com a própria saúde. Fato que foi reforçado por Mucke *et al.,* (2020) quando mencionam que a baixa adesão dos profissionais de Enfermagem às intervenções psicológicas está diretamente ligada à falta de tempo e à sobrecarga de trabalho.

Nesse entendimento, Diniz e Correa (2011) complementam que essa sobrecarga predispõem o aparecimento de sintomas depressivos, os quais prejudicam as relações no trabalho e com

seus familiares. Tais achados confirmaram a hipótese levantada de que as condições de trabalho interferem na saúde mental e no desempenho dos profissionais de Enfermagem, bem como refletem na qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente

Nesse contexto, o suporte psicológico emergiu como uma importante estratégia de cuidado à saúde mental dos profissionais de saúde (F-6) (CANDIDA; MOREIRA, 2021; CAMPIDELLI; OLIVEIRA, 2021; MUCKE *et al*., 2020; OLIVEIRA *et al.,* 2015; LEAL *et al.,* 2015). Ademais, sugere-se que essa intervenção seja adotada como uma ferramenta de promoção do clima organizacional saudável, da cultura de segurança e da saúde ocupacional.

É valido destacar ainda, outros achados evidenciados na **Tabela 8.1** acerca de ações que podem ser adotadas por gestores e pela Psicologia do Trabalho para melhorar a saúde mental e física dos profissionais da Enfermagem. A primeira delas é a aplicação do Questionário de Saúde Geral (QSG-12), o qual propõe a triagem dos colaboradores com potenciais riscos de adoecimento psicoemocional. Essa metodologia permite identificar fatores de risco como: estresse psíquico, desejo de morte, insegurança no desempenho, distúrbios do sono e psicossomáticos (HAIKAL *et al*., 2013).

Por meio dessa triagem é possível identificar os colaboradores que necessitam de avaliação pelo serviço de saúde ocupacional e de psicologia do trabalho, ou ainda, estimulá-lo a participar de outras práticas de promoção do bem-estar físico e mental.

Dentre outras formas de ações de promoção da saúde mental evidenciadas destacaram-se: auriculoterapia, ginástica laboral, *mindfulness* (mente plena), promover espaços terapêuticos como a roda de conversa e o *coping* (MUCKE *et al*., 2020; MARTINS *et al.,* 2020; FIGUEIREDO, 2017; PEGORARO, 2015; LEAL *et al.,* 2015; COSTA *et al.,* 2014).

Para Martins *et al.* (2020) e Souza R. *et al*. (2018), a prática de *coping* foi evidenciada como uma estratégia de cuidado e envolve um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que auxiliam a pessoa a elaborar e aplicar estratégias para o enfrentamento de situações estressoras. Já o *mindfulness* ou meditação desenvolve a percepção do próprio corpo, dos pensamentos e emoções diante das diferentes situações para que a pessoa não reaja de maneira impulsiva. Essa metodologia traz inúmeras vantagens para as organizações e para o colaborador, pois reflete na rotina e nas relações de trabalho, além de aumentar a criatividade, a concentração e reduzir a ansiedade e o estresse (PEGORARO, 2015).

Constatou-se ainda, a importância de criar ambientes para a realização de técnicas de relaxamento e para o descanso (CANDIDA; MOREIRA, 2021; RIZZI *et al.,* 2021; CAMPIDELLI; OLIVEIRA, 2021; PEGORARO, 2015; COSTA *et al*., 2014). As salas de descanso são extremamente importantes para a realização do intervalo durante a jornada de trabalho dos profissionais de Enfermagem, justamente pela carga horária e exposição ao estresse físico e psicológico inerentes à profissão (PEGORARO, 2015).

A prática de atividade física laboral e os exercícios respiratórios, mencionados por Mucke *et al*., (2020) e Leal *et al.,* (2015) são formas de reduzir o estresse e a ansiedade. Já a auriculoterapia estimula e equilibra os sistemas gastrointestinal, cardiovascular e nervoso, auxiliando no tratamento de cefaleias, hipertensão arterial, algia, irritabilidade e insônia (FIGUEIREDO, 2017).

Outro fator que se mostrou fortemente relacionado com as contribuições da gestão para a saúde dos trabalhadores foi a disponibilização

de equipamentos de proteção individual (EPIs), bem como materiais e infraestrutura adequados para o desempenho das atividades laborais (CANDIDA; MOREIRA, 2021; MARTINS *et al.,* 2020; CAMPIDELLI; OLIVEIRA, 2021; SANTOS, 2017; LEAL *et al.,* 2015; OLIVEIRA *et al.,* 2015).

Ressalta-se aqui, a Lei nº. 6.514/77 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que em seu artigo 166, determina a obrigatoriedade de os empregadores fornecerem EPIs e orientar os colaboradores sobre sua finalidade, seu uso e conservação. Isto é, a utilização dos EPIs é um dever e um direito do profissional e seu fornecimento gratuito é de responsabilidade do empregador (BRASIL, 1977).

O modelo de gestão participativa, observado nos estudos de Candida e Moreira (2021); Oliveira *et al.* (2015); Leal *et al.* (2015); Guse e Carvalho (2015) permitiram compreender melhor a rotina e os processos das organizações sob diferentes perspectivas das lideranças envolvidas. Justamente por ampliar a visão das potencialidades e fragilidades das organizações, bem como da comunicação e das relações interpessoais estabelecidas no trabalho.

Inclusive destacou-se a importância de o gestor reconhecer os fatores que contribuem para o adoecimento dos profissionais, a fim de implementar ações que minimizem os prejuízos tanto para o colaborador como para a organização (CANDIDA; MOREIRA, 2021; OLIVEIRA *et al.,* 2015).

É necessário que o profissional de Enfermagem se sinta cuidado para melhor cuidar (FRANCKE, 2020). Todos esses fatores supracitados, aliados à valorização do profissional e às condições de trabalho aumentam o grau de satisfação e o fidelizam na instituição. Do contrário, corroboram com complicações variadas sobre a saúde física, emocional e mental do colaborador (TENANI, 2013).

Nesse entendimento, é importante alinhar as expectativas do colaborador com às da organização para proporcionar um ambiente de trabalho saudável e produtivo (CANDIDA; MOREIRA, 2021; CAMPIDELLI; OLIVEIRA, 2021; OLIVEIRA *et al.,* 2015; VASCON-CELOS., 2012). Afinal, as pessoas são determinantes nos resultados da organização e quando os propósitos estão alinhados, o ambiente organizacional torna-se positivo e os ganhos podem ser percebidos pelo colaborador e pela própria organização (MACHADO; MOREIRA, 2021; MAGALHÃES; ROSA, 2017).

Outro fator de contribuição da gestão para a saúde mental e física da Enfermagem foi apontado por Leal *et al.* (2015), sendo o rodízio da escala de atividades e de férias. Essa forma de gerir a equipe em relação às atividades e férias permite valorizar igualmente cada colaborador em suas capacidades e necessidades, possibilitando o contato frequente com as rotinas do setor, o entrosamento da equipe, minimizando a sobrecarga de atividades e revezando o cuidado com os pacientes.

No entendimento de Pinhati *et al.* (2018), essa estratégia eleva o nível de qualidade e satisfação no trabalho, além de subsidiar o gestor na avaliação da efetividade dessa ferramenta gerencial.

É pertinente complementar que outras ações como ajustar a carga horária semanal de trabalho, oferecer bolsas de estudo e um plano de progressão de carreira são estratégias que motivam os colaboradores. Em um primeiro momento, essas ações podem aumentar as despesas da organização, mas se vistas como um investimento no capital humano, os resultados serão constatados com a qualidade do atendimento, a redução de reclamações na ouvidoria, menor índice de absenteísmo no trabalho, redução de falhas e gastos desnecessários com o uso ina-

dvertido de materiais ou para reparar iatrogenias assistenciais.

4. CONCLUSÃO

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho podem ocorrer em diversas áreas e contextos, prejudicando o desempenho laboral e a qualidade das relações sociais. De modo particular, os profissionais da Enfermagem tendem a atuar em mais vínculos de trabalho e estão constantemente expostos à fatores estressores que podem desencadear alterações no sono e no humor, dentre outros acome-timentos.

Nesse contexto, é fundamental que o gestor tenha habilidades para identificar e lidar com as situações encontradas nas equipes, articulando setores como a Psicologia e a Medicina do Trabalho, bem como planejar ações que contribuam para a melhoria das condições estruturais e relacionais no trabalho, minimi-zando riscos e danos, além de valorizar as habilidades de cada profissional.

Diante de tais argumentos, defende-se a necessidade de o gestor prover condições para que o colaborador possa receber apoio psicológico adequado, ser valorizado financeiramente e tecnicamente. Assim, em conjunto com a Psicologia Organizacional e do Trabalho é possível atuar com foco na melhoria das condições de trabalho e no bem-estar dos trabalhadores.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Publicada no DOU nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016. Seção 1, páginas 44-46. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio, 2016.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o capítulo V do título II da CLT, relativo à segurança e medicina do trabalho. Brasília, DF, 1977.

CAMPIDELLI, E. D. S.; OLIVEIRA, S. C. P. O impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental da enfermagem: revisão integrativa. Repositório Universitário da Ânima (RUNA) p. 01-15, jul. 2021.

CANDIDA, N. C.; MOREIRA, L. J. A. A motivação profissional refletida na qualidade de assistência em saúde no contexto pandêmico. *In:* FREITAS, G. B. L. de. Covid-19: a doença que movimentou a ciência. 2ª ed. v. 1. Irati: Pasteur, Cap. 29, p. 220-228, 2021.

COSTA, R. R. O. *et al*. As rodas de conversas como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. Revista de Atenção à Saúde, v. 13. n. 43, p. 30-36, jan./mar. 2014.

DINIZ, D. S. L.; CORREA, V. S. Fatores que interferem na saúde mental dos trabalhadores de Enfermagem. 15 f. Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho. Bahiana Escola de Medicina e Saúde. Bahia. 2011.

FERNANDES, M. A. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de Enfermagem: uma visão integrativa brasileira. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 218-224, maio, 2018.

FIGUEIREDO, S. N. Auriculoterapia para redução do estresse ocupacional e melhoria da qualidade de vida à Enfermagem na Amazônia. 94 f. Tese de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Amazonas, Manaus. 2017.

FRANCKE, I. Cuidado com o cuidador: atenção aos profissionais de saúde no combate à Covid-19. Rede Brasileira Atual, São Paulo, 2020.

GUSE, C.; CARVALHO, D. R. Rotatividade dos profissionais de Enfermagem. Revista Publicateo UEPG Ciências Biológicas e da Saúde, Paraná, v. 21. n. 1, p. 47-64, jan./jun. 2015.

HAIKAL, D. S. *et al*. Qualidade de vida, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da atenção primária à Enfermagem. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 16. n. 3, p. 301-312, jul./set. 2013.

LEAL, L. A. *et al.* A promoção da saúde da equipe de Enfermagem no âmbito hospitalar. Revista da Rede de Enfermagem no Nordeste, Ceará, v. 16. n. 5, p. 762-772, set./out. 2015.

LEME, J. K. N. A importância da psicologia organizacional. RH Portal, Belo Horizonte: set. 2015.

MACHADO, G. L.; MOREIRA, L. J. A. Impacto do relacionamento entre gestor e liderado no engajamento para o trabalho. *In:* FREITAS, G. B. L. de. Saúde do Trabalhador: políticas, intervenções e pesquisa. 1ª ed. Irati: Pasteur. Cap. 9, p. 73-84, 2021.

MAGALHÃES, L. S.; ROSA, F. H. M. O fator humano na organização: características motivacionais da equipe de enfermagem de um hospital público do interior de Rondônia. Revista de Administração em Saúde, v. 17, n. 68, p. nd, jul. 2017.

MARTINS, K. S. *et al*. Qualidade de vida no ambiente hospitalar dos profissionais de Enfermagem. Revista Amazonia Science e Health, Santa Catarina, v. 8. n. 1, p. 37-54, 2020.

MENDES, O. P. *et al.* História da Psicologia Organizacional. XVI Jornada Científica dos Campos Gerais. Ponta Grossa, 2018.

MUCKE, A. C. *et al*. Saúde mental em tempos de pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde. Revista CCS Comunicação em Ciências da Saúde, Distrito Federal, v. 31, n. 3, p. 57- 63, 2020.

OLIVEIRA, L. T. et al. Sofrimento psíquico na equipe de Enfermagem no serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU. 141 f. Tese de Doutorado em Ciências. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

PEGORARO, P. B. B. Desgaste psíquico moral na atenção primária à saúde: uma proposta de enfrentamento para uma gestão local do município de Campinas-SP. 141 p. Tese de Doutorado em Ciências. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

PINHATTI, E. D. G. *et al*., Distúrbios psíquicos menores na Enfermagem: prevalência e fatores associados. Revista Brasileira de Enfermagem REBEN, Brasília, v. 75, n. 2, p. 2305-2312, jan./mar. 2018.

RIZZI, D. S. *et al*. Sentimentos dos trabalhadores de Enfermagem cuidados em uma sala de bem-estar. Revista Paraná, v. 17, n. 1, p. nd. jan./mar. 2021.

SANTOS, A. S. Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da

saúde. Trabalho Educacional de Saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 421-438, maio/ago. 2017.

SOUZA, M. T. de. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer? Einstein, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, R. C. *et al*. Estresse ocupacional no ambiente hospitalar: revisão das estratégias de enfrentamento dos trabalhadores de Enfermagem. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 493-502, nov. 2018.

TENANI, M. N. F. Satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem recém-admitidos em hospital público. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 18, n. 3, p 585-591, ago. 2013.

TOESCHER, A. M. R. *et al*. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de Covid-19. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 24, 2020.

VASCONCELOS, M. L. L. *et al*. Relação de estresse, depressão e qualidade de vida na Enfermagem. 20 f. Trabalho de conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2012.

CAPÍTULO 09

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS QUE COMETERAM SUICÍDIO NO RIO GRANDE DO SUL NO PERÍODO DE 2015 A 2018

RAFAELA HALL RUSCHEL[1]
ISABELLA MARIA RIBEIRO DE SOUZA[1]
RAFAELA NUNES DE BORBA[1]
OMAR GHASSAN RAHALL[2]

1. Discente - Medicina do Instituto Meridional.
2. Docente – Instituto Meridional.

Palavras-chave: *Idosos; Suicídio; Fatores.*

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, em 2018, declarou que a mudança no perfil epidemiológico do envelhecimento no Brasil demanda respostas das políticas sociais e implicam ações de enfrentamento dos problemas sociais e de saúde que afetam essa população. A Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula que para cada suicídio consumado há cerca de vinte pessoas que o tentam. Entre idosos, a razão entre tentativas e suicídios efetivados chega a ser de aproximadamente dois para um. Isso demonstra que os mais velhos têm menos dúvidas em relação à antecipação do fim da vida (FUMEGALI, 2019).

A Secretaria Estadual da Saúde (2009) relatou que a população idosa do estado do Rio Grande do Sul tem aumentado de modo significativo. A expectativa de vida passou de 52,74 anos em 1903 para 66,7 anos em 1972, para 68,8 em 1980 e, de acordo com o IBGE, para 75 anos em 2007. Outro dado do IBGE é que, nos últimos dez anos, a proporção de pessoas acima de 60 anos no estado cresceu 47%, enquanto o da população total, apenas 15%. Essa mudança na estrutura etária da população gaúcha trouxe alterações, tanto no padrão de morbidade e mortalidade quanto na própria estrutura socioeconômica e cultura (GOTTIEB, *et al*., 2010). Além disso, na medida em que as pessoas envelhecem, a mudança no seu estilo de vida é inevitável.

Minayo e Cavalcante, em 2010, citaram possíveis fatores de risco para o suicídio de idosos, como as doenças graves e degenerativas, a dependência física, distúrbios e, principalmente, a depressão severa (MINAYO, *et al*., 2019). Atenção especial é necessária ao paciente idoso que apresenta desesperança, insônia, agitação ou inquietação, diminuição da concentração, psicose ativa, uso ativo de álcool ou intoxicação e dor contínua não tratada (ESPINOZA, *et al.*, 2010). Nesse mesmo sentido, um novo estudo, dos mesmos autores, abordou como importantes fatores sobrecarga financeira, abusos e desqualificações, morte e adoecimentos de parentes, deficiência, isolamento social e traços depressivos; ideações, tentativas e suicídio na família (CAVALCANTE, *et al*., 2012).

Vale salientar a relação entre ideação, tentativa e efetivação do suicídio. Descuidar da medicação, colocar ordem em pertences nomeando sua destinação futura, mostrar desinteresse pelas coisas da vida, buscar subitamente alguma religião e visitar o médico verbalizando sintomas vagos são exemplos de comportamentos e sinais passíveis de serem detectados (CAVALCANTE, *et al.*, 2012).

No âmbito de intervenções, a atenção primária pode agir de maneira efetiva no cuidado colaborativo para pacientes idosos deprimidos, reduzindo as taxas de ideação suicida (ESPINOZA, *et al.*, 2010). Pode-se considerar que as estratégias impeditivas logo no início do sentimento deprimido e do estado suicida são as medidas mais adequadas para redução do suicídio na população idosa. Assim, intervenções do sistema de saúde e de assistência social de diferentes modalidades e abrangência podem ser eficazes para protegê-los e tornar a sua vida útil e saudável (FIGUEIREDO, *et al.*, 2015).

Em vista disso, este estudo tem como objetivo identificar as variáveis relacionadas ao suicídio de idosos no Rio Grande do Sul, uma vez que o estado tem apresentado um crescimento acelerado da população com mais de 60 anos de idade.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal, quantitativo e com abordagem retrospectiva com idosos que cometeram suicídio

no estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2015 a 2018, e cuja notificação foi realizada pelo DATASUS. Acessado o site do programa, selecionou-se o serviço TabNet, o qual mensura o estado de saúde da população por meio de dados quantitativos. Selecionou-se, então, a aba "Estatísticas Vitais" e, posteriormente, "Mortalidade (1996-2018)". Na aba "Mortalidade Geral", selecionou-se o "Tipo de Violência", onde se enquadra o "Suicídio". Em seguida, os dados foram fornecidos de acordo com o período escolhido (2015-2018) e as variáveis desejadas (sexo, faixa etária, raça, escolaridade, local de ocorrência e estado civil).

Para fins de análise, foram geradas automaticamente tabelas com dados informando a quantidade de idosos que cometeram suicídio de acordo com cada variável. As informações coletadas foram comparadas com estudos já realizados e descritos na literatura.

A busca por referencial teórico ocorreu nas plataformas digitais: SciELO, UpToDate, bem como em bases digitais e livros científicos da área relativa ao tema. Foram utilizados os descritores: idosos, suicídio e fatores associados.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 1997 e 2020 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibi-lizados 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 23 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabelas, de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: faixa etária, ano, sexo, local de ocorrência, estado civil, escolaridade e raça da população estudada.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados citados, em 2018, por Paula Clayton, médica formada pela Universidade de Washington em 1960, informam que a faixa etária com a maior taxa de suicídio atualmente no mundo é de pessoas entre 45 e 64 anos. A segunda maior taxa de suicídio é em pessoas ≥ 85 anos. Em todas as faixas etárias, mortes de homens por suicídio superam as de mulheres em 3,5 a 1 (CLAYTON, 2020).

De acordo com os dados obtidos e apresentados na **Tabela 9.1**, o Rio Grande do Sul, entre os anos de 2015 e 2018, seguiu padrões um pouco diferentes. Os indivíduos foram divididos em três faixas etárias - 60-69; 70-79; 80 e + - e a faixa etária com o maior número de suicídios compreende os idosos entre 60 e 69 anos (51,9%). Já a segunda maior incidência foi em idosos entre 70 e 79 anos (33,14%). Somente em terceiro lugar aparecem os idosos com mais de 80 anos (14,9%).

Tabela 9.1 Tabela com número de suicídios em relação a faixa etária entre período de 2015 a 2018.

Faixa Etária	2015	2016	2017	2018	Total
60-69	161	179	191	196	727
70-79	103	117	120	124	464
80 e +	46	43	60	60	209
Total	310	339	371	380	1400

Fonte: DataSUS Rio Grande do Sul 2020

Em se tratando do sexo mais acometido nesse período, a **Tabela 9.2** evidencia que as mortes de homens por suicídio superam as de mulheres em aproximadamente 4,5 a 1, sendo a média de homens maior que os dados mundiais citados.

Tabela 9.2 Tabela com frequência de suicídio por sexo e ano do óbito entre o período de 2015-2018.

Sexo	2015	2016	2017	2018	Total
Masculino	253	281	303	308	1145
Feminino	57	58	68	72	255
Total	310	339	371	380	1400

Fonte: DataSUS Rio Grande do Sul 2020

Franck alega alguns motivos para a menor frequência de suicídio entre as mulheres, atribuindo-a a menor prevalência de abuso de álcool, a religiosidade, a maternidade, as atitudes complacentes no desempenho de papéis socialmente encarregados ao gênero feminino, ao reconhecimento precoce dos sinais de risco para depressão e doenças mentais, à maior busca de auxílio nos momentos de crise e a maior participação nas redes de apoio (FRANCK, *et al*., 2020).

Na velhice, o declínio funcional e o adoecimento podem ocasionar impotência aos homens, assim como a impossibilidade de desempenhar atividades de trabalho em pessoas de ambos os sexos. No caso de mulheres idosas, o casamento e a saída dos filhos de casa, muitas vezes significam o fim da vontade de viver (MENEGHEL, *et al*., 2012).

Um estudo sobre suicídio realizado no Brasil, em 2013, observou que muitas das mulheres idosas haviam sofrido violências e se suicidaram após cumprimento rígido do papel de gênero imposto a elas pela sociedade patriarcal (MENEGHEL, *et al*., 2012). Essas mulheres nasceram aproximadamente na metade do século XX e foram educadas e socializadas de um modo mais conservador.

Além das obrigações impostas pelo tempo histórico, muitas nasceram e viveram parte da vida em região rural, onde os padrões de gênero eram e continuam sendo mais rígidos que nas cidades (MARÍN-LEON, 2003).

As vulnerabilidades de ambos os sexos apresentam importante impacto na velhice. A virilidade ensinada aos meninos durante a socialização representa a expressão coletiva e individualizada da dominação masculina (MOLINIER, 2009). No estudo de Meneghel *et al*., um homem refere-se a um agricultor que passou a ficar em casa e a desempenhar atividades consideradas femininas após o diagnóstico de um tumor como "um idoso no papel de mulherzinha". Essa mudança representou a perda do status de chefe da família, pois as decisões importantes passaram a ser tomadas pelos filhos, o que pode ter sido o gatilho que o levou à autoagressão fatal (MENEGHEL, *et al.*, 2012).

O modo como os sujeitos são socializados impõe diferenças de gênero que podem se traduzir em vulnerabilidades. Por meio dessa educação, espera-se que as mulheres sejam passivas, delicadas, reprimam sua agressividade e cuidem dos outros na família. Aos homens se determina que sejam provedores bem-sucedidos economicamente, além de fortes e viris podendo demonstrar agressividade (MARÍN-LEON, 2003). Quanto aos locais mais frequentes do suicídio de idosos no Brasil, Botega mostra estudo de 2009, o qual afirma que em 51% das vezes a própria casa é o local mais frequente do suicídio, seguido dos hospitais com 26% (BOTEGA, 2014). Os dados da **Tabela 9.3** indicam que o Rio Grande do Sul apresenta como local mais comum do suicídio de idosos também o próprio domicílio, representando quase 77% das vezes. Já os hospitais representam apenas 8,7% dos suicídios efetivados, sendo dois terços a menos que os dados citados por Botega.

No caso brasileiro, vale salientar que, junto com os hospitais, as Instituições de Longa Permanência de idosos são o lugar de 26,1% dos suicídios de idosos, vindo logo após de suas próprias residências ou arredores (MINAYO, *et al*., 2017).

Os principais diagnósticos apontados como fatores de risco para ideações e tentativas de suicídio para idosos internados em ILPI, segundo a relevância dada pelos autores estudados, são: problemas físicos e incapacitantes; problemas psiquiátricos; problemas psicológicos e subjetivos; problemas microssociais; problemas econômicos; problemas socioambientais; falhas na formação profissional dos cuidadores e organizacionais (MINAYO, *et al*., 2019).

É possível atuar em prevenção primária, secundária e terciária do suicídio nas ILPI's. Dessa forma, é necessário que faça parte da formação e do trabalho dos profissionais o incentivo a atividades e interações grupais e sociais, em outros casos o acompanhamento com terapia medicamentosa, em outros, ainda, acrescentando-se psicoterapia de apoio (SZANTO, *et al*., 2002).

Tabela 9.3 Tabela com relação de óbitos e local de ocorrência no período entre 2015 a 2018.

Local	2015	2016	2017	2018	Total
Hospital	26	31	34	31	122
Outro serviço de saúde	0	0	0	4	4
Domicílio	245	257	285	289	1076
Via Pública	13	20	21	12	66
Outros	25	30	31	44	130
Ignorado	1	1	0	0	2
Total	310	339	371	380	1400

Fonte: DataSUS do Rio Grande do Sul de 2020 **Fonte:** DataSUS do Rio Grande do Sul de 2020.

Uma contraposição entre homens e mulheres com 60 anos ou mais que cometem suicídio no Brasil aparece em estudo de Cavalcante e Minayo, em 2012, sendo apontada nas diferenças de estado civil. O estudo analisou 51 casos de suicídio de idosos em dez municípios brasileiros. Enquanto a maioria dos homens eram casados e uma minoria viúvos, divorciados ou separados, a quase totalidade das mulheres encontrava-se sem companheiro, por estar viúva, divorciada, separada ou solteira. No mesmo estudo, em se tratando da escolaridade, embora 50% dos homens tivessem o ensino fundamental completo ou incompleto, apenas 7,5% haviam completado o ensino primário, 22,5% eram analfabetos ou semianalfabetos e em 12,5% não havia informação sobre escolaridade. A maior parte, 63,6% das mulheres, apresentava baixa escolarização e uma minoria de 18,2% concluiu o ensino primário. Apenas um idoso e uma idosa tinham nível superior (CAVALCANTE, *et al.,* 2012).

A **Tabela 9.4,** mostra que no estado do Rio Grande do Sul, as diferenças de estado civil nos idosos que cometeram suicídio em comparação aos dados apresentados por Cavalcante e Minayo são importantes. Quase 53% dos homens que cometeram suicídio eram casados, a minoria, representada por 1,6%, estava em união estável, os viúvos eram 13% e separados 9,8%. Já na população feminina, 36,8% das mulheres eram casadas, 30% viúvas e 12% separadas. Dessa forma, observa-se que ter um companheiro não é um fator protetor. Mesmo casados, os idosos estudados terminaram por suicidar-se.

Em se tratando da escolaridade, os dados fornecidos pela **Tabela 9.5** são diferentes dos dados fornecidos nos estudos citados. O DATASUS apresenta apenas a quantidade de anos estudados, sem especificar o nível de escolaridade (primário, fundamental e superior com-

pletos ou incompletos). Sendo assim, 19% dos idosos homens que se suicidaram no período de 2015 a 2018 estudaram de 4 a 7 anos, menos de 4% estudaram por 12 anos ou mais e o percentual ignorado foi de quase 40%. Em se tratando das mulheres, 20% estudaram de 1 a 3 anos, enquanto 6,2% não tiveram nenhuma escolaridade e o percentual ignorado foi de 30%. Os dados ignorados dificultam a comparação com os estudos citados, pois são um grande percentual em ambos os sexos.

Tabela 9.4 Tabela com estado civil e sexo da população avaliada entre 2015 a 2018.

Sexo	Em branco	Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciado	União Estável	Ignorado	Total
Masculino	52	153	603	149	113	19	56	1145
Feminino	15	25	94	78	32	2	9	255
Total	67	178	697	227	145	21	65	1400

Fonte: DataSUS do Rio Grande do Sul de 2020.

Tabela 9.5 Tabela com anos de escolaridade x sexo entre a população avaliada entre 2015 a 2018.

Sexo	Não Informado	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 ou mais anos	Ignorado	Total
Masculino	74	56	197	217	117	44	440	1145
Feminino	19	16	53	46	26	17	78	255
Total	93	72	250	263	143	61	518	1400

Fonte: DataSUS do Rio Grande do Sul 2020

Em outro estudo, realizado no Rio Grande do Norte, entre os anos de 2001 e 2011, o universo de óbitos foi analisado em dois extremos da faixa etária correspondente à população idosa: 60 a 69 anos idosos jovens e 80 anos ou mais de idade idosos longevos. Segundo o estudo, de Oliveira, Medeiros e Lima (2015), mais de 70% dos indivíduos das duas faixas etárias pertenciam à raça parda e branca, sendo a primeira mais expressiva entre os idosos mais jovens (38,6%), ao passo que os indivíduos da raça branca atingiram maior longevidade do grupo de idosos (47,6%) (OLIVEIRA, 2015).

No período de 2015 a 2018, no Rio Grande do Sul, 95% dos idosos homens que cometeram suicídio eram brancos. Nas mulheres o padrão se repete, sendo a porcentagem próxima de 96%. Isso se deve, principalmente, ao fato de que o estado é composto em mais de 80% da população pela raça branca. O que é retratado na **Tabela 9.6**.

Causas psicológicas, econômicas, sociais, desigualdades de gênero e crises vitais são algumas das principais razões da autoagressão. Perdas, doenças graves ou incapacitantes, reveses econômicos, eventos que geram sofrimento emocional intenso podem aumentar o risco de comportamento auto-agressivo, e por meio desse pontapé inicial, alguns indivíduos vislumbram a morte como alternativa para evitar a dor (MENEGHEL, *et al*., 2012.

Tabela 9.6 Tabela com relação entre a raça x sexo entre a população avaliada entre 2015 a 2018.

Sexo	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Não Informado	Total
Masculino	1087	30	1	15	2	10	1145
Feminino	244	6	0	4	0	1	255
Total	1331	36	1	19	2	11	1400

Fonte: DataSUS do Rio Grande do Sul 2020

Em estudo de Gutierrez *et.al.*, em 2015, são descritos os principais sentidos e significados que se destacam nos relatos dos idosos em pesquisa sobre suas experiências de ideação e tentativas de suicídio: (1) pesar pelas perdas ao longo do tempo; (2) inconformismo e relutância em processar afetivamente a perda de pessoas queridas; (3) dificuldades em lidar com a falta de gratidão dos familiares; (4) sentimento de inutilidade própria e da vida que leva (GUTIEREZ, *et al.*, 2015).

De fato, o principal fator de risco do suicídio é transtorno depressivo. Na psiquiatria, distingue-se a depressão que aparece como sintoma e a depressão como síndrome. Enquanto sintoma, o afeto depressivo pode aparecer como um dos sintomas de uma doença física, como o câncer ou o HIV-AIDS (COSER, 2003) ou como reação a um trauma psicológico, como no Transtorno do Estresse Pós-traumático (CAVALCANTE, *et al*., 2009) ou, também, pode ser efeito do uso contínuo de certas drogas que alteram o humor; ou ainda ser sinal de doenças do sistema nervoso central. Na forma de síndrome, a depressão independe de causas externas, é uma entidade mórbida atribuída exclusivamente à depressão. Essa distinção é feita para separar quadros sintomáticos e psiquiátricos (COSER, 2003).

Quanto maior for a quantidade de doenças associadas à depressão e quanto mais grave for o limite funcional, maior o risco de auto aniquilamento. Da mesma forma, quanto mais incisivas as pressões sociais ao longo da vida, mais grave o risco de suicídio, pois as defesas dos idosos tendem a estar mais fragilizadas (CAVALCANTE, *et al*., 2013).

Ao se pensar no enfrentamento dessa situação, como o suicídio resulta de uma complexa interação de ordem psicológica, genetica, cultural e socioambiental, abordagens multidisciplinares devem ser adotadas (FRANCK, *et al.*, 2020).

Aconselha-se ao setor de saúde o estabelecimento de estratégias preventivas que busquem a qualidade de vida dos idosos e aliem apoio social e projetos voltados ao atendimento específico. Em pesquisa realizada pelos referidos autores, no Brasil, a maioria da população geriátrica que havia falecido por suicídio tinha dificuldade de comparecer aos serviços de saúde ou por limitações pessoais, ou porque os familiares não podiam levar, ou simplesmente porque os cuidados dos quais necessitavam não estavam accessíveis (MINAYO, *et al.*, 2010).

Algumas narrativas também evidenciaram a importância da presença dos profissionais do SUS no suporte às famílias (CAVALCANTE, *et al*., 2012). Sendo assim, é necessário investir na formação de profissionais capazes de entender e diagnosticar o que leva o indivíduo a tentar se matar e o que pode ajudá-lo a superar a desesperança (FIGUEIREDO, *et al.*, 2015).

No caso de idosos com doenças debilitantes, de fato, os estudos evidenciam a necessidade de manter rigoroso controle do estresse e da dor. O rastreio da depressão também é importante, pois o quadro depressivo pode reduzir a motivação do paciente para seguir com o plano terapêutico (LYNESS, *et al*., 1997). Em doenças como o câncer, a avaliação das condições emocionais e cognitivas, como depressão e alterações de memória, também é altamente recomendada porque elas podem interferir com a compreensão e a aceitação do plano de tratamento (SANTOS, 2020).

No Rio Grande do Sul, uma vez que a maior parte dos idosos que cometeram suicídio -em ambos os sexos- pertencem ao grupo entre 60 e 69 anos, sugere-se uma atenção maior ao grupo populacional próximo a atingir a terceira idade. O incentivo à manutenção de uma boa qualidade de vida pode auxiliar na redução de casos de suicídio dessa faixa etária.

Outro aspecto importante na análise do suicídio de idosos no estado gaúcho é o local mais frequente da ação que, no período estudado, foi o próprio domicílio. Esse dado evidencia a necessidade de acompanhamento dos idosos no seu dia a dia. Mesmo sendo direito do idoso a possibilidade de morar sozinho, a presença da família, de pessoas queridas, amigos ou até cuidadores na sua rotina –não limitando a liberdade e privacidade do indivíduo- auxilia na manutenção de relações sociais e no sentimento de pertencimento a um grupo, fator extremamente importante para o bem-estar da pessoa idosa.

4. CONCLUSÃO

O Brasil vem apresentando, nos últimos anos, crescimento importante da população idosa, especialmente o Rio Grande do Sul. Nesse aspecto, é evidente a maior necessidade de estudos que envolvam as variáveis e o enfrentamento dessa situação.

Os dados apresentados no trabalho concluíram que, no período estudado, as mortes de homens por suicídio superaram as de mulheres em mais de três vezes, sendo que a faixa etária com o maior número de suicídios compreendeu os idosos entre 60 e 69 anos. Ademais, o próprio domicílio mostrou-se o local mais comum para as mortes, representando quase 77% das vezes.

Finalmente, como fatores de risco, no estado, a raça branca e a baixa escolaridade mostraram-se frequentes nos idosos que efetivaram o suicídio no período de 2015 a 2018.

Contudo, são poucos os dados atuais sobre suicídio de idosos. A grande maioria dos artigos existentes sobre o tema foi escrita há mais de cinco anos, o que implica a análise prejudicada da evolução gradual dos processos estudados.

Outra limitação encontrada foi a presença de dados “não informados” e/ou “ignorados” na maioria das tabelas, o que dificulta o cálculo de uma porcentagem fidedigna, comprometendo a cobertura adequada e a qualidade da coleta dos dados. Além disso, mais variáveis podem ser abordadas em estudos, como os meios de suicídio mais comuns e a presença ou não de família e amigos no convívio do indivíduo idoso.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP [online]. 2014, vol.25, n.3, pp.231-236. ISSN 0103-6564.

CAVALCANTE F., MINAYO M.C., MANGAS R. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. Ciência & Saúde Coletiva. 2013 Oct 09 [cited 2020 Sep 30]; Available from: scielo.org.br

CAVALCANTE F., MINAYO M.C. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2012

CAVALCANTE F.G., *et al.* Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. Ciência & Saúde Coletiva 2012;

CAVALCANTE F.G., MORITA P.A., HADDAD S.R. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno do estresse pós-traumático como problema de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva 2009

CLAYTON P. Comportamento Suicida. Comportamento Suicida e Automutilação [Internet]. 2020 Oct 15 [cited 2020 Oct 7]: Distúrbios de saúde mental. Available from: MSD Manuals

COSER O. Depressão: Clínica, Crítica e Ética. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.

ESPINOZA R, UNUTZER J. Diagnóstico e tratamento da depressão unipolar na idade avançada. UpToDate. 2010.

FIGUEIREDO, Ana *et al.* É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. Ciência & Saúde Coletiva 2015, vol.20, n.6, pp.1711-1719. ISSN 1678-4561.

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

FRANCK M.C., *et al*. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2020 vol.29, n.2, e2019512. Epub May 08, 2020. ISSN 2237-9622.

FUMEGALLI Ana. Taxa de suicídio entre idosos cresce e prevenção é o melhor caminho. Governo do RS. 2019 Oct 01 [cited 2020 Sep 30]: Setor Saúde. Available from: estado.rs.gov.br

GOTTIEB MG, *et al*. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. Scientific Electronic Library Online Brasil, 2020a.

GUTIEREZ, Denise Machado Duran; SOUSA, Amandia Braga Lima and GRUBITS, Sonia. Vivências subjetivas de idosos com ideação e tentativa de suicídio. Ciência & Saúde Coletiva 2015, vol.20, n.6, pp.1731-1740.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sócio demográficos e de saúde no Brasil. 2009.

LYNESS J.M., NOEL T.K., COX C., KING D.A., CONWELL Y., CAINE E.D. Screening for depression in elderly primary care patients: a comparison of the center for Epidemiologic Studies Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. JAMA Internal Medicine 1997;

MARÍN-LEON L., BARROS M. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. SciELO. 2003 Jun 06 [cited 2020 Oct 7];

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al*. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. Ciência & Saúde Coletiva. 2012, vol.17, n.8, pp.1983-1992.

MINAYO M.C., CAVALCANTE F., MANGAS R. Estudo das publicações científicas (2002-2017) sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autonegligência de idosos internados em Instituições de Longa Permanência. SciELO. 2019 May 02 [cited 2020 Nov 8]; Available from: scielo.org.br

MINAYO M.C., CAVALCANTE F. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. Scientific Electronic Library Online Brasil, 2020a.

MINAYO MC, FIGUEIREDO A, MANGAS R O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2017 Nov 15 [cited 2020 Oct 14]; Available from: scielo.org.br

MOLINIER P., WELZER-LANG D. Feminilidade, masculinidade, virilidade. In: Hirata H, Laborie F, Le Doari H, Senatier D, organizadores. Dicionário de Feminismo. São Paulo: Editora UNESP; 2009. p. 101105.

OLIVEIRA T. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. Revista Brasileira

de Geriatria e Gerontologia. 2015 Mar 03 [cited 2020 Sep 24];

SANTOS M. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. Ciência & Saúde Coletiva. 2017 Sep 20 [cited 2020 Nov 4]; Available from: scielo.org.br.

Secretaria Estadual de Saúde; Núcleo de Informações em Saúde - NIS. Sistema de informação sobre morta-lidade no Rio Grande do Sul. [Acesso em 10 nov. 2009].

SZANTO K, *et al*. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. Drugs Aging, 2002.

CAPÍTULO 10

SOBRE A FINITUDE DA VIDA: O OLHAR DE ACADÊMICOS DE MEDICINA SOBRE O CONCEITO DE VIDA, EUTANÁSIA, DISTANÁSIA, ORTOTANÁSIA E MISTANÁSIA

FELIPE AMMAR SIMON[1]
ALEXIA ALLIS ROCHA LIMA[1]
ANA LUÍSA CARREIRA DA SILVEIRA[1]
ANA PAULA ARAÚJO QUEIROZ[1]
BEATRIZ TAMBELLINI GIACOMASSO[1]
CAROLINE KRABBE ERTHAL[2]
GABRIEL RAMOS CANATO[3]
ISADORA CARVALHO VIEIRA[1]
JHONAS GERALDO PEIXOTO FLAUZINO[4]
MARCELA LARA ALBUQUERQUE RANULFO[5]
PAMELA BOTEZINI BALBINOT[6]
SUSANA GFONI DA SILVEIRA[1]

1. Discente de Medicina – Faculdade São Leopoldo Mandic, SLMANDIC SP.
2. Discente de Medicina - IMED-RS
3. Discente de Medicina - FACERES-SP
4. Especialista em Neurociências - PUCRS
5. Discente de Medicina - UNICID-SP
6. Discente de Medicina. UNISUL-SC

Palavras-chave: *Eutanásia, Ortotanásia, Distanásia*

1. INTRODUÇÃO

O presente capítulo, é fruto do trabalho de estudantes de Medicina, que juntos buscaram na literatura reflexões sobre Vida e a Morte. Válido é reconhecer que, não há um conceito unânime, mas definições predominantes em determinado tempo. Atualmente, prevalece a visão de "vida" num sentido mais amplo e complexo, relacionando-a com "qualidade".

Em contrapartida, existe algo que é inevitável a todos e a vida, a morte. Dessa forma, serão abordados sobre diferentes conceitos de morte e de morrer como, eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia.

O objetivo deste trabalho foi buscar na literatura médica, através do PubMed, SciELO e Cochraine, estudos sobre o conceito de vida e a visão do estudante de medicina sobre eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia.

2. CONCEITO DE VIDA

Vida significa primariamente atividade vital, uma ação interna ‘para dentro, imanente’, em oposição à ação externa ‘para fora, transeunte’ dirigida unicamente a produzir ou modificar outras coisas, que convém igualmente aos seres inanimados (DELBIANCO, 2018).

Onde a atividade vital não é dada juntamente com a essência, mas é efeito, ora intenso, ora frouxo, de forças que em si denotam só capacidade de operar, a potência para a ação imanente denomina-se também vida.

A vida manifesta-se na natureza exterior, no brotar, crescer, verdecer, florir, frutificar das plantas; no crescer, multiplicar-se e mover-se próprio dos animais, bem como na evolução das espécies, para além dos organismos individuais, evolução essa que produz continuamente novas formas no transcurso dos séculos (DELBIANCO, 2018).

Vista desde o interior, a vida aparece-nos na vivência pessoal, no ver, sentir, apetecer conscientes, cuja força certamente depende do vigor e energia dos órgãos corporais.

Em ambos os casos a vida se apresenta como devir contínuo, como um desdobrar-se de dentro para fora inesgotavelmente multiforme, em oposição à rigidez e uniformidade dos corpos inanimados, especialmente das máquinas.

Pelo que, compreende-se até certo ponto que à filosofia da vida a vida apareça como força misteriosa e criadora que desde os tempos primitivos se derrama por sobre o mundo, força que, como essencialmente irracional, se subtrai à determinação conceptual, mas que, em todo caso, se contrapõe, como devir constante, à imutabilidade do ser (DELBIANCO, 2018).

O espírito é então concebido como última fase evolutiva da vida ligada ao corpo ou como inimigo da vida, que a violenta com seus rígidos conceitos e só é apto para ordenar de maneira mecânica e uniforme.

2.1. Qualidade de Vida

O conceito de vida, como já vimos, e o que seja vida, são tópicos polêmicos. Apenas a intuição nos dá, em plenitude, a sensação de que um ser é vivo e outro, inanimado (DELBIANCO, 2018).

Mas um conceito que vem sendo cada vez mais desenvolvido é o de “qualidade de vida”.

Poderíamos fazer um comparativo, utilizando, nossa Constituição Federal, para aprimorarmos nossa temática (DELBIANCO, 2018).

Se, no artigo 5º, em seu caput, se assegura que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos ter-

mos seguintes", a isso poderíamos chamar de vida. Qualidade de vida é a adveniente da aplicação do inciso III do artigo 1º, do artigo 3º, e ainda dos incisos do próprio artigo 5º (DELBIANCO, 2018).

Dentro de nossa realidade, completamente avessa ao estabelecido nas regras mencionadas acima, sabemos que para a maioria da população possuir qualidade de vida é possuir um mínimo de condições de existência digna.

2.2. Objetivo da Vida

Perguntar-se-ia qual o objetivo da vida. E a resposta, por óbvio, não poderia ser apenas mantermo-nos vivos, pois isso representaria apenas a luta por não nos tornarmos inanimados.

O objetivo da vida, enquanto vivos, é viver com dignidade (MAGRI, 2014).

Estar vivo não é estar somente "acordado" biologicamente, refere-se à vida social, vida digna com aqueles que convivem conosco em sociedade.

Muito se discutiu sobre como definir e precisar a morte de um ser. Costuma-se dizer que a morte é a ausência de vida, mas desta afirmação há necessidade, novamente, de se conceituar vida e morte. Não se presta a um estudo científico (MAGRI, 2014).

Do ponto de vista fisiológico, a morte é o fim completo e definitivo de todas as funções vitais. Essa definição levava a uma comprovação pela cessação das batidas do coração e das funções respiratórias. Mas a tecnologia moderna afasta tais comprovações (MAGRI, 2014).

Com o conceito acima, poderíamos dizer que uma pessoa em um centro cirúrgico avançado, no qual seu sangue é filtrado e bombeado extra corporis, está morta. Tanto a função cardíaca quanto a respiratória cessam, as vezes por várias horas. O mesmo se aplica nas modernas técnicas de hipotermia.

Portanto, hoje em dia é a morte do cérebro e não a do coração que equivale à morte de uma pessoa.

2.3. A Inevitabilidade

A morte é algo inevitável a todo ser vivo. É provocada por fatores que em tese podemos controlar, como acidentes ou doenças, mas também por um fator até hoje incontrolável, qual seja o envelhecimento, a decrepitude das funções vitais dos seres vivos. Devemos ter em nossas mentes que a vida é vida enquanto é vivida. A morte virá a todos (DELBIANCO, 2018).

3. CONCEITOS DE EUTANÁSIA, DISTANÁSIA, ORTOTANÁSIA, MISTANÁSIA.

3.1. Eutanásia

A Eutanásia refere-se a prática de atos pelos quais se abrevia a vida de um enfermo incurável, de maneira controlada e assistida por um especialista. Não obstante, a Resolução nº 1.931 /2009 do CFM veda a prática mencionada. A saber:

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Vale frisar que essa prática não possui um artigo específico no atual Código Penal, sendo configurada e tipificada como simples homicídio.

A palavra eutanásia foi criada no século XVII, pelo filósofo inglês Francis Bacon (PINHEIRO; PEREIRA, 2014).

Na sua etimologia estão duas palavras gregas: "eu", que significa bem, e "thanásia" equivalente à morte (PINHEIRO; PEREIRA, 2014).

Em sentido literal, eutanásia significa “boa morte”, “morte apropriada”, “morte tranquila”.

Em sentido jurídico – e já de acordo com o prescrito pelo novo projeto da Parte Especial do Código Penal, somente justificaria restringir e aliviar o sofrimento de uma pessoa com a morte, quando esta for iminente e inevitável (PINHEIRO; PEREIRA, 2014).

Ou seja, somente seria tolerável a morte em tais circunstâncias, se satisfeitas as exigências legais, punindo-se, de outra parte, a morte provocada por motivos piedosos (PINHEIRO; PEREIRA, 2014).

Conforme França (2003), a eutanásia seria uma forma de promover a morte mais cedo do que o esperado, por compaixão, ante a um paciente de cura impossível e sofrimentos insuportáveis, tendo em vista a sua morte inevitável.

Ainda vale também ressaltar a diferença entre a ortotanásia e distanásia.

Conforme Diniz (2001) a ortotanásia seria a suspensão dos meios medicamentosos ou artificiais de vida do paciente em coma ou com morte encefálica. Tão antiga quanto à existência humana, a eutanásia vem sendo praticada desde as épocas mais remotas pelos povos primitivos.

A Bíblia (1990) narra um dos primeiros casos de eutanásia de que há positivo registro na História, quando se refere à batalha entre israelitas e filisteus, mais precisamente no tocante à morte do rei Saul, de Israel. A passagem é a seguinte:

“Os filisteus lutavam contra os israelitas, e morreram muitos deles no monte Gelboé. Os filisteus investiram contra Saul e seus filhos, matando Jônatas, Abinadab e Meslquisua, filhos de Saul, para logo em seguida investirem contra ele mesmo. Alcançaram-no os flecheiros e feriram-no gravemente. E disse Saul para o seu escudeiro: Desembainha a tua espada e atravessa-me com ela para que não venham estes incircuncidados e me tirem a vida, escarnecendo de mim. O escudeiro não quis atender tendo em vista o terror que se apoderava de sua pessoa. Assim, só restou a Saul desembainhar a sua espada, deixando-se cair sobre ela. Vendo o escudeiro que Saul estava morto, lançou-se também sobre sua espada e morreu ao pé dele.

Saul não morreu de imediato, segundo depoimento de um amalecita a David: Cheguei casualmente ao monte de Gelboé no momento em que Saul se havia lançado sobre a ponta de sua espada e quando os carros de guerra e a cavalaria do inimigo o cercavam; olhando para trás e vendo-me, chamou-me. Respondi que estava às suas ordens e ele me perguntou: Quem és? Disse-lhe que era um amalecita, ao que ele me solicitou: Monta sobre mim e mata-me, porque estou na agonia e não acaba de sair minha alma”.

Para Dworkin (2003), uma questão intrigante e que também suscita muitos comentários é a questão sobre a doação de órgãos, no qual a pessoa tem a morte encefálica declarada, mas, ainda, mantém sinais vitais através de respirador artificial e medicamentos (PINHEIRO; PEREIRA, 2014).

A grande dúvida, nessa situação, seria, se no caso de retirada dos órgãos, estaria sendo praticada a eutanásia.

A resolução 1480 do Conselho Federal de Medicina fixa os critérios para a averiguação da morte encefálica e das vedações impostas ao médico no exercício de sua profissão.

Quanto à suspensão dos meios artificiais de manutenção da vida, estando o indivíduo em situação comprovada por exame clínico e pelos exames complementares específicos e idôneos, com parada total e irreversível das funções encefálicas, sendo o paciente maior de dois anos, não há que se falar em eutanásia, pois a morte, nessas condições, é fato consumado.

Jakobs, citado por PINHEIRO; PEREIRA, 2014 (2003) destaca que: embora com algumas

variações decorrentes das particularidades concernentes aos costumes culturais de cada nação, independentemente de crenças religiosas ou de convicções filosóficas ou políticas, a vida é um valor ético, e todas as pessoas têm o dever de respeitá-lo. Portanto, a vida humana é mais do que a simples sobrevivência física, é a vida com dignidade. Esse é o alcance da exigência ética de respeito à vida. Existe, pelo menos, uma noção intuitiva, em todos, do que seja ética; sua explicação é, contudo, tarefa difícil. Ademais, tentar defini-la seria privar de toda a amplitude de seu significado que pode ainda advir do desenvolvimento do pensamento humano.

A Eutanásia é uma questão extremamente controversa e tem dividido tanto a sociedade civil como a classe médica ao longo da história. Logo, desde o início da medicina moderna os médicos tiveram de se confrontar com pacientes que, vítimas de males incuráveis ou de situações limite de dor, pediam assistência para antecipar a sua própria morte.

É importante frisar que o Direito à vida é seguramente consagrado no texto constitucional de forma inalienável. Todavia é possível admitir que exista um direito a morte, por assim dizer, concebido este como um terminar de forma digna essa vida.

Dada a possibilidade de prolongamento da vida que a medicina oferece, faz-se necessário ditar os limites através da razão e da moral, de modo que se possa estabelecer, até que ponto o direito poderá intervir.

Em face da complexidade dos temas envolvendo a Eutanásia, buscou-se, no presente trabalho, tecer conceitos e teorias iniciais sobre o termo Eutanásia que, originariamente, é proveniente do grego e etimologicamente significa "morte doce" ou "morte tranquila".

Assim, nota-se que o conceito de Eutanásia designa uma ação ou uma omissão que, pela sua natureza, ou pelo menos na intenção, procura a morte com o objetivo de eliminar a dor física ou psicológica, estando habitualmente associada a doentes que sofrem de doenças terminais, que se encontram em situação de morte cerebral ou de imobilidade total e na dependência de terceiros.

Que a somatória da dor e da incapacidade física da fragilidade moral e emocional, diante do próprio sofrimento que lhe é irreversível, lhe causara sofrimento e desinteresse a manutenção da vida e o levará a opção por encerrá-la a fim de manter o mínimo de dignidade que ainda lhe resta.

A Eutanásia é inerente à condição de ser humano na medida em que o direito à vida ou a morte se põe sob a ótica de bens indisponíveis.

A Eutanásia é uma prática condenável, em quase todos os países, e, quando praticada pelo médico, constitui subversão de toda a doutrina hipocrática e distorção do exercício da Medicina.

Ressalta-se assim que o compromisso profissional deve voltar-se, sempre, em favor da vida humana como objetivo de curar ou pelo menos amenizar o sofrimento, de modo a contribuir para o exercício pleno da dignidade humana.

3.2. Distanásia

A Distanásia significa a prática de atos pelos quais se prolonga, por meio de meios artificiais e desproporcionais, a vida de um enfermo incurável.

A prática em comento é extremamente repudiada pela Resolução nº 1931/2009 do CFM (DIREITO, 2018). Qual seja:

Art. 41. (...) Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paci-

ente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Da mesma forma, a Resolução nº 1.805/ 2006 do CFM aborda essa prática (DIREITO, 2018):

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Conforme Maria Helena Diniz, "trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte" (DINIZ, Maria Helena. 2001).

No Brasil a discussão atual da distanásia ganhou um novo aliado após a Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006, do Conselho Federal de Medicina (2006) que diz: "na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal".

Como justificativa, o Conselho afirma que as unidades de terapia intensiva do país recebem cada dia mais pacientes portadores de doenças crônicas-degenerativas incuráveis com diversas intercorrências, ou mesmo paciente com doenças agudas que tem uma rápida evolução para um quadro crônico irreversível, tendo em vista um sobreviver precário ou mesmo vegetativo (ROMANO; WATANABE; TROPPMAIR, 2006).

Um critério importante na discussão da distanásia é refletir sobre qual é considerado o momento da morte atualmente.

De acordo com os critérios da Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.480/97, o conceito de morte é o de morte cerebral ou encefálica, ou seja, uma pessoa só é considerada como morta se nenhum tipo de atividade cerebral é constatado, mesmo após a realização de uma bateria de exames.

É um fenômeno que se repete pelo mundo todo e traz à tona a importância do ser humano além de conseguir viver mais, conquistar uma maior qualidade de vida (ROMANO; WATANABE; TROPPMAIR, 2006).

Estes avanços fizeram com que o limite da possibilidade terapêutica se tornasse impreciso.

É possível retardar indefinidamente o momento em que se pode reconhecer o limite da ciência e da tecnologia na manutenção da vida (ROMANO; WATANABE; TROPPMAIR, 2006).

Não enfrentar a questão da distanásia pode levar a situações contraditórias como por exemplo, o grande investimento em um paciente em estado terminal de uma doença quando suas perspectivas de recuperação são nulas (ROMANO; WATANABE; TROP-PMAIR, 2006).

Busca-se então um equilíbrio entre a distanásia e a eutanásia e o suicídio assistido, já que a medicina moderna consegue ao mesmo tempo, prolongar a vida de muitas pessoas assim como prolongar também o processo de morrer. A morte é um fenômeno essencialmente social e esperado (ROMANO; WATANABE; TROPPMAIR, 2006).

Quando a cura é impossível deve-se objetivar medidas que visem conforto e alívio do sofrimento, e quando um paciente está morrendo a obrigação ética é de prover um tratamento e cuidados paliativos apropriados (ROMANO; WATANABE; TROPPMAIR, 2006).

Esta discussão leva então a um outro importante conceito, a ortotanásia, ou a morte em seu tempo certo, sem tratamento despro-

porcionado e sem abreviação do processo de morrer (ROMANO; WATANABE; TROPPMAIR, 2006).

3.3. Ortotanásia

A Ortotanásia refere-se ao termo utilizado pelos médicos para definir a morte natural, sem interferência da ciência, permitindo ao paciente, morte digna, sem sofrimento, deixando a evolução e percurso da doença.

Portanto, nota-se que, neste caso, evitam-se métodos extraordinários de suporte de vida, como medicamentos e aparelhos, em pacientes irrecuperáveis e que já foram submetidos a suporte avançado de vida.

Salienta-se que o Conselho Federal de Medicina aprova esse ato, como conduta ética do médico.

Nada podemos argumentar contra a obviedade: a sociedade não quer que seus entes queridos morram em agonia.

Por sua vez, nosso ordenamento jurídico estipula que tal omissão pode ser enquadrada como crime (NOVA, 2018).

A ortotanásia é sensível ao processo de humanização da morte e alívio das dores morte digna, sem abreviações desnecessárias nem sofrimentos adicionais, isto é, "morte em seu tempo certo" (NOVA, 2018).

Com o prefixo grego *orto*, que significa "correto", e *thanatos,* que significa "morte", "ortotanásia" tem o sentido de morte "em seu tempo certo", ou seja, "morte pelo seu processo natural", sem abreviações nem prolongamentos desproporcionais ao processo de morrer (NOVA, 2018).

Portanto, a ortotanásia acontece quando o paciente já não dispõe mais de nenhuma outra alternativa (NOVA, 2018).

A ortotanásia, diferente da distanásia, é sensível ao processo de humanização da morte e alívio das dores, e não incorre em prolongamentos abusivos com a aplicação de meios desproporcionados que imporiam sofrimentos adicionais (NOVA, 2018).

Portanto, implica dispensar o uso de recursos extraordinários quando não há a mínima esperança de cura ou de melhoria da qualidade da vida (NOVA, 2018).

A prudência e a ética exigem que médicos e parentes mais próximos (especialmente quando o paciente está inconsciente e não reúne condições para oferecer uma opinião) concordam com o processo (NOVA, 2018).

Aceitação da morte natural não dispensando medidas analgésicas e humanistas cabíveis, como a hidratação, nutrição, eventual assistência psicológica e religiosa, isso consiste na aceitação razoável da morte natural, mediante eventual desligamento de aparelhos de manutenção artificial de uma vida nem sempre consciente, como justificou Pio XII ("Discurso do Papa Pio XII sobre a anestesia" de 24/02/1957) (NOVA, 2018). É a situação em que se reconhece a inutilidade do tratamento para manter vivo o paciente.

Nesse caso, recorre-se aos cuidados paliativos sem, contudo, utilizar meios para abreviar a vida. É situação intermediária entre a eutanásia (abreviar a vida) e a distanásia (prolongamento indevido do processo de morrer).

3.4. Mistanásia

A palavra mistanásia advém do vocábulo grego *mis* (infeliz) e *thanatos* (morte), significando, portanto, uma morte infeliz.

O termo é utilizado para se referir à morte de pessoas que, excluídas socialmente, acabam morrendo sem qualquer ou apenas uma precária assistência de saúde.

Assim, podemos afirmar que as vítimas da mistanásia são as pessoas que não dispõem de condições financeiras para arcar com os custos advindos dos tratamentos da própria saúde,

ficando na dependência da prestação de assistência pública.

Conforme nos ensina Maria Helena Diniz, é a morte miserável fora e antes da hora, que ocorre quando: a) uma grande massa de doentes e deficientes não ingressam no sistema de saúde por ser ausente ou precário (mistanásia passiva); ou ainda, quando do extermínio de pessoas indesejáveis como ocorreu na Segunda Guerra Mundial nos campos nazistas de concentração; b) doentes crônicos ou terminais são vítimas de erro médico, como por exemplo, diagnóstico errôneo; c) pacientes são vítimas de má prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos, por exemplo, quando um médico intencionalmente retira órgão vital de indivíduo com esperança de vida.

Para Maria Helena Diniz, é óbvio que tal prática é incompatível como o nosso ordenamento jurídico, por toda principiologia constitucional, pela inviolabilidade do direito à vida, e pela determinação do artigo 1º da CRFB em seu inciso III (Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (...) III - a dignidade da pessoa humana ;) que exige um Estado forte e apto a garantir a todos uma existência digna.

3.5. Distanásia VS. Eutanásia

Distanásia e eutanásia são as duas faces de uma mesma moeda.

A eutanásia e a distanásia, como procedimentos médicos, têm em comum a preocupação com a morte do ser humano e a maneira mais adequada de lidar com isso.

Enquanto a eutanásia se preocupa prioritariamente com a qualidade da vida humana na sua fase final eliminando o sofrimento, a distanásia se dedica a prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo (MARTIN, 2018).

O compromisso com a defesa da dignidade da vida humana, na grande maioria dos casos, parece ser a preocupação comum que une as pessoas situadas nos diversos lados da discussão sobre eutanásia e distanásia (MARTIN, 2018).

Este fato é importante porque indica que as discordâncias ocorrem mais em relação aos meios a utilizar do que em relação ao fim desejado.

Isto não significa que há consenso sobre o que se entende por "compromisso com a defesa da dignidade da vida humana", mas possuir clareza sobre a tarefa em mãos (seja esclarecimento dos fins almejados, seja esclarecimento dos meios) só pode ajudar na busca de uma ética que respeite a verdade da condição huma-na e aquilo que é bom e correto nos momentos concretos da vida e da morte (MARTIN, 2018).

A distanásia, que também é caracterizada como encarniçamento terapêutico ou obstinação ou futilidade terapêutica, é uma postura ligada especialmente aos paradigmas tecnocientífico e comercial-empresarial da medicina (MARTIN, 2018).

Ajuda-nos a entender melhor a problemática da distanásia situá-la na transição da medicina como arte, nas suas expressões pré-modernas, para a medicina como técnica e ciência, na sua expressão mais moderna.

Os avanços tecnológicos e científicos e os sucessos no tratamento de tantas doenças e deficiências humanas levaram a medicina a se preocupar cada vez mais com a cura de pato-logias e a colocar em segundo plano as preocupações mais tradicionais com o cuidado do portador das patologias.

A saúde se define em termos de ausência de doença e o grande inimigo a derrotar é a morte.

O importante é prolongar ao máximo a duração da vida humana; a qualidade desta vida, um conceito de difícil mediação para a ciência e a tecnologia, passa para segundo plano.

A questão técnica, nesta ótica, é como prolongar os sinais vitais de uma pessoa em fase avançada de sua doença e cuja terminalidade se constata a partir de critérios objetivos como, por exemplo, a falência progressiva e múltipla de órgãos.

A questão ética é: até quando se deve investir neste empreendimento? Que sentido este investimento tem? No Brasil, na tradição da ética médica codificada, durante certo tempo havia uma tendência a respaldar um comportamento distanásico.

A medicina que atua dentro do paradigma da benignidade humanitária e solidária e que opera com o conceito de saúde como bem-estar tende a optar por um meio termo que nem mata nem prolonga exageradamente o processo de morrer, mas que procura favorecer à pessoa uma morte sem dor, uma morte digna na hora certa, rodeada de amor.

A teologia moral procura abordar a questão afirmando que a vida e a saúde são bens fundamentais que permitem a conquista de tantos outros bens, mas que não são bens absolutos (MARTIN, 2018).

A vida nesta terra é finita e a morte é um fenômeno natural que pode ser domado, mas não evitado.

O sentido que se dá ao viver e ao morrer é que é importante. A tradição cristã reconhece que há circunstâncias em que a pessoa pode, legitimamente, sacrificar sua saúde e sua vida, por exemplo, para salvar a vida de outra pessoa.

Reconhece, também, que há momentos quando se deve lutar para afastar a morte e momentos quando se deve parar e abraçá-la (MARTIN, 2018).

Já em meados do século XX, o papa Pio XII, preocupado em humanizar a situação do paciente terminal, falou da distinção entre meios ordinários e meios extraordinários em relação ao direito e dever de empregar os cuidados necessários para conservar a vida e a saúde (MARTIN, 2018).

Enquanto condenava claramente a eutanásia, ele rechaçou a distanásia afirmando que ninguém é obrigado a usar meios extraordinários para manter a vida. Ele estabelece como princípio básico o direito e dever de empregar os cuidados necessários para conservar a vida e a saúde.

Somente é obrigação, porém, usar meios ordinários que não impõem nenhum ônus extraordinário para si mesmo ou para outros. Nesta perspectiva, determinadas cirurgias ou tratamentos caros no exterior podem ser legitimamente recusados.

O fato de não ser obrigado a fazer algo não tira a liberdade de fazê-lo e isto é a terceira consideração que Pio XII apresenta. É permitido apelar para meios extraordinários, com a condição de não faltar com deveres mais graves.

Em 1980, com a Declaração sobre a Eutanásia, a posição da Igreja foi aperfeiçoada um pouco mais (MARTIN, 2018).

Diante das dificuldades de se definir, em casos concretos, quais os meios ordinários e extraordinários, a Declaração adota a terminologia de meios proporcionados e meios não proporcionados.

Por esta distinção se entende que há um dever básico de cuidar da saúde, mas deve existir uma proporcionalidade entre os meios usados para isto e os resultados previsíveis.

Principalmente quando não há mais possibilidade de se recuperar de uma doença, e quando já se iniciou o processo de morrer.

O que abre horizontes para procedimentos éticos que evitam a distanásia é a distinção entre terapia e cuidados normais.

Cuidar do asseio do paciente, do seu conforto e de sua alimentação, na medida em que essa pode ser tolerada por via oral constituem, sem dúvida, cuidados normais.

A obrigação ética de recorrer a qualquer outro procedimento que constitui ato médico ou terapêutico, incluindo, a meu ver, alimentação artificial, precisa ser avaliada à luz da proporcionalidade entre o ônus para o paciente e para os responsáveis pelo seu bem-estar e os benefícios que razoavelmente possam ser previstos.

Não há nenhuma obrigação de iniciar ou continuar uma intervenção terapêutica quando o sofrimento ou o esforço gasto são desproporcionais aos benefícios reais antecipados (MARTIN, 2018).

Neste caso, não é a interrupção da terapia que provoca a morte da pessoa, mas a patologia previamente existente. Na perspectiva da benignidade humanitária e solidária, o importante é viver com dignidade e, quando chegar a hora certa, morrer com dignidade também.

5. CONCLUSÃO

Em síntese, o trabalho discutiu sobre assuntos polêmicos como a distanásia, que não é uma decisão trivial. Uma das estratégias para melhor avaliação está na reflexão que o profissional precisa fazer em relação ao significado da morte para si, e a reformulação dos sentimentos desfavoráveis que possam existir nesse processo de autoconhecimento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO Nº 1480/97. Brasília, 2017.

DELBIANCO, Laura Carlos. Bioética e distanásia: um exame do direito e da felicidade de poder morrer em paz. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/44282/bioetica-e-distanasia-um-exame-do-direito-e-da-felicid ade-de-poder-morrer-em-paz>. Acesso em: 13 dez. 2018.

DINIZ, Débora. Porque morrer? O Direito à morte digna. Revista do Terceiro setor, 01. abr. 2001

DINIZ, Maria Helena. O estado atual do biodireito. São Paulo: Saraiva, 2001

DIREITO, Escola Brasileira de. Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia: conceitos e diferenças. Disponível em: <https://ebradi.jusbrasil.com.br/artigos/560199145/eutanasia-distanasia-e-ortotanasia-conceitos-e-diferencas>. Acesso em: 10 dez. 2018.

FRANÇA, Genival Veloso de. Eutanásia: um enfoque ético-político. Caderno Jurídico. São Paulo. v. 1. Fasc. 02. jun. 2003.

NOVA, Canção. O que entendemos por Ortotanásia? Disponível em: <https://catholicus.org.br /o-que-entendemos-por-ortotanasia/>. Acesso em: 13 dez. 2018

MAGRI, Wallace Ricardo. Filosofia do Direito. Saraiva: São Paulo, 2014

MARTIN, Leonard M. Eutanásia e Distanásia. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/parteiiieutanasia.htm>. Acesso em: 10 dez. 2018.

PINHEIRO, Ana Claudia Duarte; PEREIRA, Sandra Aparecida. Eutanásia. Revista de Direito Público: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, Londrina, v. 3, n. 3, p.180-196, set. 2014. Semestral.

ROMANO, Bellkiss Wilma; WATANABE, Cintia Emi; TROPPMAIR, Sabine. Distanásia: vale a pena? 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200005>. Acesso em: 11 dez. 2018.

CAPÍTULO 11

EFEITOS SOBRE A SAÚDE MENTAL DA GERAÇÃO ALPHA MEDIANTE O ENCLAUSURAMENTO GERADO PELA PANDEMIA DE COVID-19

MARIA CLARA JORGE JARDIM[1]

ANA CLARA DE CASTRO RALIZE AUGUSTO [2]

1. Discente - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás
2. Discente - Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo

Palavras-chave: *Isolamento social; Saúde mental; Crianças e jovens.*

1. INTRODUÇÃO

Compreender a realidade circundante é fundamental para refletir sobre todos os obstáculos ali vigentes e, assim, propor mudanças factuais. A disseminação da "*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2",* que, em tradução livre, diz Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2, trouxe à tona as preocupações vivenciadas no século XVII na região europeia com a caótica "peste bubônica" (NEWMAN, 2012). A proliferação vertiginosa de agentes infecciosos, a quantidade excessiva e brutal de mortos e de sequelados, em ambos os casos, revelaram que medidas de controle seriam, evidentemente, necessárias. A partir desse cenário letífero, o isolamento social foi uma alternativa usada para suprimir o contágio e o número de óbitos. Junto ao enclausuramento populacional, veio também diversos descontroles emocionais e psíquicos. Sentimentos como desamparo, solidão, medo, preocupação e culpa são os mais, acentuadamente, citados por crianças e jovens em quarentena (SAURABH & RANJAN, 2020).

Nesse sentido, de forma semelhante à realidade caótica proporcionada pela peste bubônica no século XVII, o isolamento social, gerado pela pandemia do COVID-19, causou diversas intempéries em pontos distintos do globo e em todas as faixas etárias. As crianças nascidas a partir de 2010 - ditas geração alpha – foram aquelas que tiveram parte essencial de suas vidas cerceadas: o fim da infância e o início da adolescência. As relações sociais, já muito sucumbidas e desengajadas pelo distancia-mento virtual, eram mantidas pelo convívio coletivo nas instituições escolares (RODRIGUES, 2020). Contudo, com a reclusão sanitária, vigorada em meados de 2020, os jovens confinaram-se ainda mais sobre si mesmos, dilatando preocupações psíquicas de órgãos internacionais (UNICEF, 2021). À vista disso, a paralisação das aulas interrompeu não só o aprendizado escolar desse grupo, mas também a sua possibilidade de socializar, de se comunicar, de conhecer o diferente e de conviver com as diferenças intrínsecas a cada ser.

Logo, é relevante citar sobre a escolha do termo enclausuramento que constitui o título deste trabalho. Como apresenta Sampaio e Bispo Júnior (2021), esse termo é relacionado, majoritariamente, à ação institucional de retirada do indivíduo do convívio social, por conta de questões de saúde mental. Ao ser retirada de seu convívio social, por pelo menos dois anos de seu processo formativo, sendo privada da construção de habilidades e potencialidades, a criança vivencia aquilo que há muito é experimentado pelas instituições penitenciárias e manicomiais: uma dinâmica rela-cional punitiva. Com isso, fica evidente que os efeitos do isolamento presentes em ações corretivas milenares, repercutem na experiência de crescimento e desenvolvimentos desses indivíduos - mesmo que tais medidas tenham sido instauradas com intuito distintos das aplicadas aos métodos tradicionais de enclausuramento, isto é, que ocorrem a fim de respeitar cuidados sanitários.

Foi visto, deste modo, que o abismo psicológico infantil se deu por meio da abrupta perda de contato com a coletividade. Submersos pela pandemia do novo coronavírus, as crianças e os jovens tendem a ser cada vez mais ansiosos, mais depressivos e a visualizarem a realidade circundante de forma negativa e, potencialmente, catastrófica (SAGGESE, 2021). Portanto, o objetivo

deste estudo foi compreender as modifi-cações comportamentais, cognitivas e psico-fisiológicas na geração alpha causadas por sentimentos brotados de uma desarmonia psicológica que vieram à tona devido ao enclausuramento pandêmico. Pôde-se perce-ber, por meio de uma completa revisão bibliográfica, que diante desse cotidiano enclausurador das potencialidades sociais infantis, que essa população submetida à quarentena apresentou maiores índices de cortisol na corrente sanguínea (ALMEIDA *et al.*, 2021) e maiores riscos de desenvolverem patologias cardiovasculares futuras (CASPI *et al.*, 2006). Logo, faz-se relevante que se avalie os impactos da pandemia sobre a saúde mental e sobre a qualidade de vida desse grupo vindouro.

2. METODOLOGIA

O capítulo subsequente baseou-se, funda-mentalmente, numa revisão bibliográfica, por meio da busca de artigos, de estudos científicos e de relatórios internacionais. O acervo das publicações selecio-nadas foi feito em dezembro de 2021 e janeiro de 2022, sem delimitação temporal, de produções em inglês, em espanhol, e em português nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Litera-tura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. Utilizou-se descritores como "social isolation", "pandemic", "men-tal health", "psychosocial deprivation" e "children and quarantine" - tendo seus equi-valentes para a língua portuguesa e espa-nhola. Inclui-se, nessa revisão sistemática, a análise do principal relatório, publicado em 2021, do Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) dado como "*The State of the World's Children 2021; On My Mind: pro-moting, protecting and caring for children's mental health"* .

Critérios de Inclusão

Utilizou-se textos completos, na íntegra, de forma gratuita; artigos científicos que abordassem os efeitos psicológicos e fisio-lógicos gerados pelo isolamento social, por meio de uma seleção que restringia a análise estudada aos jovens e às crianças, artigos com paralelos históricos para obtenção de resultados contemporâneos sobre os efeitos da quarentena neste grupo; estudos descri-tivos como: relato de caso, revisão biblio-gráfica, estudo retrospectivo histórico, revi-são sistemática da literatura ou dissertação e tese.

Critérios de Exclusão

Estudos centrados nos efeitos psicos-sociais da população adulta causados pela reclusão sanitária; estudos focados no aumento do uso de entorpecentes, no período pandêmico, precursores de patologias psíqui-cas e impulsionador de suicídio neste grupo adulto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obteve-se um acervo totalizado em 15. 878 textos com a descrição "social isolation", 12.852 com a descrição "pandemic", 201.228 com a descrição "mental health", 951 com a descrição "psychosocial deprivation", 1131 com a descrição "children and quarantine". Após uma longa análise com base nos cri-térios de inclusão e exclusão, foram descar-tadas duplicatas, triando resumos e excluídas publicações centradas no grupo adulto. Esco-

lheu-se 10 estudos - 2 análises históricas acerca das consequências do isolamento social em outros períodos, 5 estudos psicossociais e 3 pesquisas voltadas para a compreensão fisiológica no organismo infantil gerada pela reclusão sanitária.

Avaliou-se, através de um estudo índiano, que crianças e adolescentes submetidos ao enclausuramento sanitário apresentaram maior sofrimento psicológico quando comparadas aos indivíduos da mesma faixa etária que não estavam vivendo a quarentena ($p<0,001$). Preocupação (68,59%), impotência (66,11%) e medo (61,98%) foram os sentimentos mais comuns vivenciados por elas (SAURABH & RANJAN, 2020). Na mesma linha, outra avaliação foi realizada no território espanhol em que cerca de 590 crianças e adolescentes ficaram confinados por cerca de dez dias devido à pandemia do COVID-19. Nesse estudo, usou-se critérios pautados em escaladas de Depressão, Autoestima, Ansiedade, Problemas de Controle de Raiva, Integração, Competência Social, Queixas Somáticas e Comportamento Rebelde. A pesquisa revelou que esse grupo demonstrou claras alterações emocionais e comportamentais (PIZZARO-RUIZ & ORDÓÑEZ-CAMBLOR, 2021).

Diante desse apanhado de estudos e análises científicas, fica evidente que o enclausuramento restringe a qualidade de vida da população jovem, limita seus processos relacionais e potencializa suas dores físicas e psíquicas. Como afirma Henrietta Fore, diretora executiva do UNICEF:

> Foram longos, longos 18 meses para todos nós - especialmente para as crianças e adolescentes. Com l*ockdowns* nacionais e restrições de movimento relacionados à pandemia, as meninas e os meninos passaram anos indeléveis de sua vida longe da família, de amigos, das salas de aula, das brincadeiras - elementos-chave da infância (UNICEF, 2021).

Isto posto, a compreensão do conceito de saúde se expande para todo o corpo social, sobretudo, na infância - período da construção do eu, da compreensão de unidade coletiva, do entender, do aceitar e do respeitar os diferentes. Conviver, brincar, correr, dançar e aprender são ações que viabilizam, em muito, a qualidade de vida da geração alpha. Nesse sentido, a inserção dos jovens nos espaços de educação permite que as interações com seu meio social ampliem a percepção da própria identidade individual, contribuindo para facilitar com que a juventude maneje, de maneira menos caótica, as mudanças endócrinas e psicológicas tão turbulentas deste período (RODRIGUES, 2020).

O pediatra e infectologista Marcelo Otsuka, em relação ao cenário de pandemia vigente, afirma que “as crianças já foram muito prejudicadas, um prejuízo que muito provavelmente é irreversível, tanto no aprendizado como no desenvolvimento neuropsicossocial” (SANTOS, 2022). Isso ocorre porque é caráter do indivíduo humano ser social, cultural e coletivo, necessitando estar com aqueles que compartilham de interesses semelhantes aos seus, e, inclusive, idades próximas às suas. Portanto, urge o retorno da criança ao ambiente escolar, visto que esse é lugar ideal para que as crianças e adolescentes, especificamente, vivenciem essa experiência. Quando afastadas da escola - distantes da produção de vínculos e do investimento concreto nas esferas intelectual, artística e esportiva - as crianças experienciam a realidade da reclusão agravada por questões que perpassam condições socioeconômicas e

de convívio familiar inúmeras vezes debilitadas.

> A ruptura com as rotinas, a educação, a recreação e a preocupação com a renda familiar e com a saúde estão deixando muitos jovens com medo, irritados e preocupados com seu futuro (UNICEF, 2021).

Nesse sentido, muito se deve ponderar acerca da saúde desses seres, sobretudo inseridos em uma fase do desenvolvimento e reconhecimento de mundo tão marcantes. Os sentimentos de medo, de culpa, de dor que emergiram na geração alpha na mortífera realidade pandêmica geram, com grande potência, altas probabilidades do desenvolvimento de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, podendo levar esses jovens a morte - considerando que a pandemia é um fator de risco para o suicídio (OPAN, 2020).

Outro fator relacionado à saúde mental dessa população é o fato de que o isolamento social e a impossibilidade de estabelecer processos relacionais vitais fizeram com que os desequilíbrios psíquicos supracitados se reverberassem em condições somáticas prejudiciais. Na pesquisa de campo de Martin *et al.*, 27 meninos e 21 meninas, reclusos e isolados do convívio coletivo, apresentaram aumento nos níveis de cortisol circulante e, consequentemente, mudanças no humor, no comportamento basal e dificuldades de aprendizado (MARTIN *et al.*, 2001). É visto, dessa maneira, que a ansiedade produzida pela quarentena desencadeou nas crianças e nos adolescentes o crescente aumento da liberação de hormônios corticotróficos - como o cortisol, dito hormônio do estresse. Em altas taxas no organismo, essa substância proporciona dificuldades na aprendizagem, baixo crescimento e irregularidades menstruais (LUGARINHO *et al.,* 2017). Tais fatores implicam sérias preocupações no desenvolvimento intelectual, físico e bioquímico da geração alpha.

O Centro de Desenvolvimento da Criança da Universidade de Harvard, nos Estados Unidos da América, escalona o estresse em três: o primeiro seria o estresse positivo, o segundo, tolerável, e o terceiro, o estresse tóxico. Quando as crianças são submetidas à espaços permeados por fortes dificuldades, por experiências desagradáveis dilatadas por longos períodos, de forma frequente, como uma abrupta perda de contato com a realidade escolar, os escassos processos relacionais humanos e o constante medo da morte gerados por uma pandemia duradoura, estabelece-se, em termos fisiológicos, um estresse crônico e, portanto, tóxico. A toxicidade desse estresse se confirma nos altos índices de cortisol circulantes supracitados que podem produzir barreiras na formação cognitiva desses jovens e resultar em cardiopatias futuras.

Assim, os estudos analisados revelaram que o enclausuramento social, enraizado em disfunções psicológicas progressivas, reverberou-se em problemas cardiovasculares. O estudo de Danese *et al.,* em que entrevistaram, fizeram exames laboratoriais, físicos e psiquiátricos (PCR, IMC, hemoglobina glicada) em grupos de crianças e jovens, e relatou que o cerceamento da atividade relacional humana, ou seja, a reclusão social aumenta a probabilidade de desenvolver doenças cardíacas futuras. As cardiopatias foram, acentuadamente, notadas nas pesquisas, porque o **estresse tóxico** - provocado por uma rede de fatores neurais, como o acionamento do Sistema Nervoso Autônomo Simpático - via estimulada, de forma substancial, em situações em que os indivíduos se

encontram em perigo, liberando altas taxas de epinefrina e norepinefrina na corrente sanguínea desses seres - **sobrecarrega o coração**. Esse sistema tem efeitos significativos no coração, como efeitos inotrópico positivo - maior força de contração cardíaca - e cronotrópico positivo - alta frequência cardíaca. De maneira momentânea, o acionamento adrenérgico é essencial para a bioformulação humana. No entanto, como o estresse de parte da geração alpha, submetida à reclusão, foi duradouro, os altos índices de cortisol mantiveram-se no organismo desses indivíduos. Esse estresse aciona, constantemente, a rede bioquímica simpática, sobrecarregando o coração precocemente, fator que potencializa as complicações cardiovasculares futuras (DANESE *et al.*, 2009).

4. CONCLUSÃO

No intuito de zelar pela saúde da população e salvar vidas, as ações de isolamento social geraram efeitos negativos sobre a saúde mental das pessoas, com reflexos ainda mais intrusivos na formação, bem-estar e qualidade de vida dos jovens da geração alpha. O processo histórico de enclausuramento, por décadas vinculado ao afastamento da loucura dos espaços sociais e tratamento do adoecimento mental, sofreu essa ressignificação que, nos dois últimos anos, retrata a realidade contemporânea.

Nesse sentido, pode-se concluir que há um alto grau de vulnerabilidade na geração alpha ocasionada pela reclusão social. A pandemia gerada pela COVID-19 trouxe à tona sentimentos de medo, de solidão e de desamparo nessa juventude. Houve, portanto, um desequilíbrio psíquico precursor de malefícios cognitivos e fisiológicos que tem potencialidades basais para se manifestarem no organismo humano. Barreiras centradas numa dificuldade em lidar com as singularidades e diferenças alheias, dificul-dades de aprendizado, de se relacionar com terceiros e de viver em sociedade são alguns exemplos que estimulam ainda mais as sensações nefastas da solidão e do afastamento social. Com o aumento do estresse, esses jovens têm, acentuadamente, riscos aumentados de desenvolverem patologias cardiovasculares futuras.

Urge, portanto, um olhar mais cauteloso para essa geração vindoura que foi privada de parte fundamental de sua infância e de sua pré-adolescência. Sendo necessário, também, buscar formas de acolher e dar suporte a esses indivíduos, considerando o seu retorno à escola e ao convívio social.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Isabelle Lina de Laia *et al*. Social isolation and its impact on child and adolescent development: a systematic review. Revista Paulista de Pediatria [online]. 2022, v. 40 [Accessed 13 dezembro 2021], e2020385.

CASPI A, Harrington H, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R. Socially Isolated Children 20 Years Later: Risk of Cardiovascular Disease. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 2006;160(8):805–811.

DANESE A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Polanczyk G, Pariante CM, *et al*. Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 2009; 163:1135-43.

LUGARINHO, Leonardo Planel, Avanci, Joviana Quintes e Pinto, Liana Wernersbach. Perspectivas dos estudos sobre violência na adolescência e cortisol: revisão bibliográfica sistemática. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 4.

MARTIN, J.R Sanchez. Comportamento social, cortisol e níveis de SIgA em crianças pré-escolares. Revista de Pesquisa Psicossomática, [*S. l.*], p. 221-227, 4 abr. 2001.

NEWMAN KL. Cale-se: peste bubônica e quarentena no início da Inglaterra moderna. Journal of social history 2012;45(3):809-34.

OPAN - Organização Pan-Americana da Saúde. Pandemia de COVID-19 aumenta fatores de risco para suicídio. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio

PIZARRO-RUIZ, J.P., Ordóñez-Camblor, N. Efeitos do confinamento Covid-19 sobre a saúde mental de crianças e adolescentes na Espanha. Scientific Reports 11, 11713 (2021).

RODRIGUES, Jêime da Silva Brito. Construção da Identidade e Autonomia na Educação Infantil Mediada pela Escola e a Família. Renove, Revista Científica CAMPUS XIX - UNEB, p. 1-26, 4 maio 2020.

SAGGESE, Edson Uma Juventude à Flor da Pele: o dilema de adolescer ou adoecer. Educação & Realidade [online]. 2021, v. 46, n. 1 [acessado 13 dezembro 2021], e109166.

SAMPAIO, Mariá L.; BISPO JÚNIOR, José P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021, e00313145.

SANTOS, Emily. Comprovante de vacinação, uso de máscara e mais: 7 perguntas e respostas sobre a volta às aulas na pandemia em 2022. G1 - Globo Educação, 2022.

SANTOS, Emily. Brincadeiras adaptadas, intervalo intercalado e protocolos sanitários: escolas se ajustam para o início do ano letivo presencial. G1 - Globo Educação, 2022.

SAURABH, K., Ranjan, S. Compliance e Impacto Psicológico da Quarentena em Crianças e Adolescentes devido à Pandemia Covid-19. Indian Journal of Pediatrics 87, 532-536 (2020).

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. O Estado das Crianças do Mundo 2021 - Na Minha Mente: promover, proteger e cuidar da saúde mental das crianças 2021.

CAPÍTULO 12

PATOLOGIAS PSÍQUICAS NO PÓS PANDEMIA E A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE MENTAL

LANNA DO CARMO CARVALHO[1]

ANA GABRIELA COSTA CURADO[1]

AURIANE BUENO BARBOSA[1]

BÁRBARA RIBEIRO ROSA[2]

BEATRIZ CALSOLARI RANHA[3]

CEZAR AUGUSTO NASCIMENTO[4]

EDUARDA SILVA SANTOS[1]

LUÍS EDUARDO DIAS CARVALHO DE ALENCAR[1]

ISABELLA MARIA FRANÇA BOTTOLI[5]

HENRIQUE VIEIRA DOS SANTOS[6]

ISABELA DE MOURA MOTA[7]

DIEGO DE LIMA MAMEDE[1]

1. Discente – Medicina na Universidade de Rio Verde (UniRV), Goiás.
2. Discente – Medicina na Universidade Pontifícia Católica de Goiás (PUC), Goiás.
3. Discente – Medicina na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).
4. Discente – Medicina na Faculdade Dinâmica (FADIP).
5. Discente – Medicina no Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES).
6. Discente – Medicina na Universidade Federal de Goiás (UFG).
7. Discente – Medicina no Centro Universitário de Mineiros (Unifimes).

Palavras-chave: *Covid-19; Pandemia; Saúde*

1. INTRODUÇÃO

Em meados de fevereiro de 2020, ocorreu a rápida disseminação da Covid-19 pelo mundo, doença viral transmitida através do SARS-CoV2. A qual o rápido potencial de contaminação e a sintomatologia exuberante chamaram atenção e exigiram uma brusca e repentina readaptação do estilo de vida de modo mundial. Em março foi estabelecido o estado de calamidade e a classificou como pandemia e foram posteriormente registrados os primeiros óbitos resultantes da patologia (AHMAD, 2020).

Essa situação de ameaça à saúde pública acarretou muitos impactos globais, a qual fomos expostos a uma nova doença, de etiologia e mecanismo de ação desconhecido e gerou muito pânico em razão da sintomatologia multissistêmica e óbito, a privação ao atendimento de saúde devido à estes estarem focados somente na Covid-19, o isolamento social, o atraso na economia, a estase de projetos e eventos, a maior incidência de transtornos mentais como insônia, depressão, angústia e idealizações suicidas (BEZERRA, 2020).

De forma geral, toda a sociedade foi pega de surpresa e obrigada a se adaptar a uma nova realidade. No entanto, cada ser humano possui uma perspectiva, singularidade e uma reação distinta mediante a uma situação difícil, sendo assim houve muitos casos de pessoas que mesmo com o "fim" da pandemia e a redução do estado caótico convivem com patologias psíquicas frutos desse cenário (BRANDÃO, 2020).

O objetivo deste estudo foi descrever através da literatura científica a respeito de como a pandemia impactou a sociedade, os transtornos psíquicos gerados e permanecem mesmo com o seu findamento.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de janeiro a março de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, Google Acadêmico, Lilacs e Medline. Foram utilizados os descritores: patologias pós pandemia e saúde mental. Desta busca foram encontrados 35 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2020 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão e 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 10 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em forma descritiva, divididos em categorias temáticas, abordando: descrever os subtítulos e pontos que foram mencionados na discussão e com base na âncora teórica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontram-se na literatura vários relatos sobre saúde mental no pós pandemia. Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos como depressão, ansiedade e suicídio e outras mais amplas que interagem com dimensões e aspectos neurológicos e questões relacionadas à interação do sistema neurológico, psicológico e ambiental (FARO, 2020). Nas concepções mais restritas, a saúde mental é vista apenas na sua função psicológica e

distúrbios que mesmo antes da pandemia do coronavírus já eram muito frequentes. A saúde mental limita-se ao estado psicológico ou à ausência de enfermidade orgânica associada ao processo de dificuldades e adaptação a nova realidade (BRANDÃO, 2020). Nesse caso estão excluídos os mecanismos fisiológicos e a associação com doença prévias

No mês de março de 2020, o Ministério da Saúde decretou o isolamento social e a quarentena. Estas medidas visaram combater a dispersão através da separação entre o grupo classificado como sintomático ou assintomático e a regulação dos serviços prestados a população de modo restrito e calculado (PEREIRA, 2021). De imediato, muitas pessoas sentiram o desconforto mediante a falta de convívio com familiares e pessoas próximas e aos atendimentos comerciais e muitos empresários por estarem com instabilidade para obter recursos e a comercialização (CARVALHO, 2021). A medida que está situação não melhorou e permaneceu como estava e ainda sobre risco de agravamento os índices de doenças mentais como depressão ansiedade, angústia, síndrome do pânico, irritabilidade, estresse se elevaram de modo abrupto. Ademais, a falta de atendimento médico devido à super lotação dos hospitais e a prioridade ser os contaminados por Covid-19 deixou as pessoas ainda mais desamparadas e expostas aos danos desse acometimento (DANTAS, 2021).

As manifestações respiratórias foram as primeiras a surgirem nos afetados e isso de certa forma caracterizou e marcou a doença (CARVALHO, 2021).No advém, foram descritos vários outros acometimento de forma multissistêmica, sendo que houve aumento das evidências que a afecção pelo coronavírus provoca sintomatologias neurológicas e isso pode agravar os danos mentais pré-existentes (GIACALONE, 2021).

A Covid-19 teve a anosmia e ageusia como o quadro clínico neural de início e também foram potências indicadores diagnósticos. Processo compreendido através da capacidade deste vírus em agredir as células do epitélio olfativo e das pupilas gustativas (CARVALHO, 2021). Posteriormente, os mecanismo de invasão do coronavírus por meio do estado inflamatório da região cerebral e suposta vulnerabilidade, em que por meio dos linfócitos infectados e também por órgãos circuventriculares, geralmente com pouco aparato de proteção favorecem a neuroinvasão e este se torna ainda mais inflamado agravando a condição clínica. Ademais, o estado neuroinflamatório e o estresse oxidativo podem favorecer desencadear ou exacerbar transtornos mentais (PAVANI, 2021).

Atualmente, evidencia-se que as especialidades médicas neurologia e psiquiatria são distintas, mas de certa forma exercem influência e refletem em si de modo simultâneo (CARVALHO, 2021). A injúria cerebral por meio do processo inflamatório altera o processo funcional deste e isso causa danos físicos, mas também neuropsiquiátricos como déficit cognitivo, perda de memória, alterações do sono, confusão mental, crises de pânico, instabilidade e variações de humor e também têm o potencial de piorar o status de patologias psíquicas já existentes como elevação da intensidade de quadros depressivos pela piora do estado orgânico cerebral e a falta de tratamento, o estresse induzido pela inflamação, a irritabilidade pela piora da funcionalidade cerebral e a incapacidade de realizar atividades diárias e as ideações e até concretizações de suicídio pela inaptidão em lidar com o isolamento (SILVA, 2021).

4. CONCLUSÃO

Este estudo indica que o pós-pandemia é marcado pelos impactos que se efetuaram durante a pandemia e que de certo modo ainda persistem. A pandemia trouxe várias consequências e as pessoas foram muito agredidas por situações de comorbidades e até óbito de familiares e pessoas próximas sendo suposto agravante de patologias psíquicas. Por conseguinte, analisou-se que além de agravo a saúde mental devido à situação caótica o coronavírus através da neuroinvasão desencadeou ou até pirou as instabilidades mentais prévias por disfunção orgânica. A inclusão de acompanhamento psicoterapêutico no pós-pandemia é um importante aliado neste contexto, e deve ser muito estimulado e efetivado. Mas, novos estudos devem ser realizados para detectar mais patologias devido à pandemia e quais os principais gatilhos destas para o melhor tratamento e prognóstico positivo na vida do paciente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMAD. I. *et al.* Neurological manifestations and complications of COVID-19: a literature review. Journal of Clinical Neuroscience, v. 77, 2020.

BEZERRA, C. B. *et al.* Impacto psicossocial do isolamento durante a pandemia de Covid-19 na população brasileira: análise transversal preliminar. Saúde e Sociedade, v. 29, n. 4, 2020.

BRANDÃO, S. C. S. *et al.* COVID-19 grave: entenda o papel da imunidade, do endotélio e da coagulação na prática clínica. Jornal Vascular Brasileiro, v. 19, e20200131, 2020.

CARVALHO., LCC. Neurocovid. Sanar Colunista, 2021.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, 2021.

FARO, A. *et al.* Covid-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. Estudos de Psicologia, v. 37, e200074, 2020.

GIACALONE, M. *et al.* Distúrbios neurológicos e neuropsiquiátricos associados à COVID-19. Parte II: distúrbios neuropsiquiátricos e considerações finais. Einstein, v. 19, 2021.

PAVANI, M. F. *et al.* Covid-19 e as repercussões na saúde mental: estudo de revisão narrativa de literatura. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 42, e20200188, 2021.

PEREIRA, M.D. *et al.* A pandemia de CIVUD-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa, Research, Society and Development, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e652974548, 2020.

SILVA, F. S. C. A. *et al.* Disfunção neurológica associada à COVID-19. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 33, n. 2, 2021.

SAÚDE MENTAL
Edição 4
Desafios da prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado na sociedade moderna

CAPÍTULO 13

O USO DE ÁCIDO FÓLICO NA GESTAÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA NA PREVENÇÃO DO AUTISMO: REVISÃO DE LITERATURA

ANNA CAROLINA FERREIRA DE CARVALHO[1]

BRUNA MONTEIRO DE AVELLAR[2]

1. Discente - Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras- RJ
2. Docente - Preceptora Médica Ginecologista-obstetra do Hospital Universitário de Vassouras

Palavras-chave: *Gestação; Ácido fólico; Autismo.*

1. INTRODUÇÃO

O autismo é um transtorno de desenvolvimento com prejuízo permanente da interação social do indivíduo, com padrões de comportamento e expressão de interesses alterados. Causando grande impacto no desenvolvimento de atividades rotineiras e adaptativas (SILVA M., MULICK A.J., 2010).

Apesar de já existirem testes moleculares capazes de distinguir mutações genéticas que podem originar o Transtorno do Espectro Autista (TEA), esses testes só conseguem visualizar ¼ das alterações. Além disso, eventos externos que ocorrem durante a gestação, como a ingestão de alguns medicamentos e exposição a agentes tóxicos, também são relacionados ao aparecimento desses transtornos. Embora estudos recentes corroborem a predominância de fatores genéticos sobre as causas do autismo (CALA H.O., LICOURT O.D., CABRERA R.N, 2015).

O uso de ácido fólico (Vitamina B9) na gestação tem grande importância na embriogênese, pois é responsável pela formação da estrutura precursora do sistema nervoso central. A dose preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 0,4mg (= 400 µg) uma vez ao dia, por todo o período gestacional e deve ser implementada o mais precoce possível, dentro do período de 90 dias pré-concepção (BRASIL, 2012).

Este trabalho visa esclarecer a relação entre a suplementação de folato antes e durante a gravidez com a possível prevenção do autismo. Embora venha sendo alvo de estudo por mais de seis décadas, ainda há muitos pontos conflitantes nos embasamentos científicos.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura com busca nas bases de dados SciELO, Lilacs e PubMed. Feita nos idiomas português e inglês, durante o período de 2010 a 2020, com foco nos artigos mais recentes. Os descritores utilizados foram: “Autismo”, “Ácido Fólico”, “Gestação”, “Tubo neural”. Incluíram-se artigos sobre a reposição de folato durante a gravidez, e que demonstraram certa relação entre a vitamina B9 e o desenvolvimento neural com o TEA. Foram excluídos artigos duplicados e que os descritores não estavam relacionados. A **Tabela 13.1** mostra as variáveis para seleção dos artigos.

Tabela 13.1 Variáveis para seleção dos artigos.

Análise dos estudos	**Total**
Estudos excluídos	88
Estudos duplicados	11
Fuga ao tema principal	77
Textos eleitos para análise	18
Excluídos por não apresentarem os critérios escolhidos	12
Estudos incluídos na avaliação qualitativa	6

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Posteriormente a análise dos estudos, foram encontrados 106 artigos. Ao aplicar os critérios de exclusão, chegou-se ao total de 6 artigos. Desses, apenas um estudo apontou o folato como um determinante externo que origina o TEA, considerando seu nível sérico em crianças com traços autistas e o uso em doses mais elevadas de sua forma artificial pela gestante.

Em contrapartida, em outro artigo realizado no estado da Califórnia (MAIA A.F., ALMEIDA C.M.T., *et al.*, 2018), comprovou que a mãe suplementada com folato, três meses antes de

engravidar e até um mês de gestação, implicou na diminuição dos eventos de TEA. Semelhante estudo foi produzido na Noruega (SURÉN P., ROTH C., BRESNA-HAN M., *et al*., 2013). O uso de vitamina B9 nos dois primeiros meses de gestação e por um mês antes de engravidar também indicou diminuição de TEA.

Mães e crianças com genótipos da variante MTHFR 677 C> T apresentaram risco reduzido para TEA com associação ao ácido fólico. Pessoas com metabolismo de Folato inapropriado possuem risco de TEA reduzido se fizerem uso de ácido fólico periconcepcional (SCHMIDT R.J., TANCRE-DI D.J., *et al., 2012).* Crianças Omanis com TEA mostraram níveis de ácido fólico e B12 expressivamente mais baixos (AL-FARSI Y.M., WALY M.I., DETH R.C., AL-SHSRBATI M.M., *et al*., 2013).

O Ministério da Saúde recomenda como normas e ações específicas que toda mulher no período de 60 a 90 dias antes da concepção inicie o uso do ácido fólico (5mg/dia) e que mantenha o uso no 1º trimestre da gestação (SANTOS Q., SICHIERI R., MARCHIONI L.M.D., VERLY E, 2013). Essa recomendação tem como escopo diminuir a carência de micronutrientes importantes na gestação, como a vitamina B9, uma vez que níveis baixos ocasionam agravos à saúde, pois atuam em diversas funções orgânicas como crescimento, reprodução, função antioxidante e função imune (MARTÍNEZ G.R.M., JIMÉNEZ O.A.I., NAVIA L.B., 2016). Durante a gestação a demanda diária de ácido fólico aumenta 400 a 600mcg para garantir o crescimento fetal e placentário adequados, devido seu importante papel na replicação celular e síntese de DNA (MAIA S.C., MENEZES M.C.K., TENORIO C.M.F, 2020).

Um trabalho produzido pela Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg, nos EUA, que analisou 1.391 mães e respectivos filhos entre 1998 e 2013. Foi medido o nível de ácido fólico sérico nessas mães assim que seus bebês nasceram e as crianças foram acompanhadas nesse período. Os resultados foram apresentados em 2016 e indicaram que uma a cada dez mães de filhos autistas tinham níveis de folato quatro vezes mais altos do que o recomendado. Indicando o excesso de Folato como possível causa de autismo.

Até a década de 60 menos que 0,1% dos casos de autismo eram registrados em todo o mundo, a partir de 2010 essa realidade mudou significativamente, passando de 1,5 milhões de indivíduos diagnosticados para 52 milhões. Acredita-se que atualmente exista cerca de 2 milhões de pessoas com autismo no Brasil. Segundo a OMS o transtorno do espectro autista atinge uma em cada 160 crianças (CASTAÑO E., PIÑUÑURI R., HIRSCH S., RONCO A.M., 2017).

Em um estudo realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2013, com 2.685 puérperas, detectou-se a prevalência de 54,2% do uso de ácido fólico na gestação (LINHARES O.A., CESAR J., 2017). Tal porcentagem fomenta preocupação, visto que apenas metade da população analisada segue a recomendação de suplementação prevista pelo Ministério da Saúde. Estudos mostram a necessidade de campanhas capazes de alcançar principalmente a parcela com baixo nível socioeconômico, em que foram encontrados números ainda menores de puérperas em uso de folato, logo o fragmento com maior potencial de ter complicações durante a gravidez, devido à baixa escolaridade e alimentação precária (BELICK W, SILVA GJ, TAKAGI M., 2001).

Desse modo, é necessário ressaltar a importância do uso do ácido fólico durante a gestação, pois apenas doses excessivamente elevadas assumiriam riscos consideráveis. Inclusive, um estudo publicado em 2013 no The

Journal of the American Medical Association mostrou que por gestantes reduziria o risco de autismo (STROM M., GRANSTRÖM C., LYALL K., ASCHERIO A., OLSEN S.F, 2018). Portanto, a suplementação de folato antes e durante a gestação continua sendo recomendada.

3.1. Ácido Fólico como prevenção do Autismo

A atenção nutricional deve ser redobrada logo no início do desejo de engravidar e perdurar durante toda a gestação. Por isso, enfatiza-se a necessidade do consumo adequado de folato, realizar a suplementação nas doses corretas é primordial para diminuir os riscos de malformações, principalmente do tubo neural (TAVARES B.B., SABINO F.N.M.A., LIMA C.J., *et al*., 2015).

O folato envolve-se na prevenção de doenças respiratórias na infância e da síndrome de Down, assim como o aumento do volume das células vermelhas do sangue, o alargamento do útero e o crescimento da placenta e do feto (CORDERO A.M., CRIDER K.S., ROGERS L.M., CANNON M.J., *et al*., 2015).

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebe-se a magnitude da implementação do ácido fólico o mais precoce possível, de preferência até 90 dias antes da concepção, para evitar falhas no tubo neural, estudos mais recentes corroboram a necessidade de seu uso.

Embora tenham estudos suficientes indicando a necessidade da suplementação com ácido fólico, ainda é preciso mais estudos para concluir se o excesso de folato traz malefícios ao feto. Além do mais, são escassos os artigos que buscam, de fato, relacionar o uso de ácido fólico com a prevenção do autismo. A literatura científica carece de mais artigos para chegarmos a uma conclusão sólida sobre o assunto.

Apesar da relação com a prevenção do autismo ainda não possuir resultados das investigações conclusivos, necessitando de mais estudos randomizados para uma melhor compreensão da relação direta da suplementação de ácido fólico com o autismo, é inegável a necessidade de políticas de adesão ao uso do ácido fólico a fim de alcançar ainda mais gestantes, principalmente na atenção primária, uma vez que esse é o acesso da maioria das gestantes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-FARSI YM, WALY MI, DETH RC, AL-SHSR-BATI MM, et al. A nutrição com baixo teor de folato e vitamina B12 é comum em crianças omanis com autismo recém-diagnosticado. Nutrition. 2013; 29(3):537-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BELICK W, SILVA GJ, TAKAGI M. Políticas de combate à fome no Brasil. Perspec. Dec. 2001; 15 (04).

CALA H.O., LICOURT O.D., CABRERA R.N. Autismo: un acercamiento hacia el diagnóstico y la genética. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río feb 2015, Volume 19 N. 1 Pages 157 – 178.

CASTAÑO E., PIÑUÑURI R., HIRSCH S., RONCO A.M. Folate and Pregnancy, current concepts. It is required folic acid supplementation? Revista Chilena de Pediatría abr. 2017; 199-206.

CORDERO AM, CRIDER KS, ROGERS LM, CANNON MJ, et al. Optimal serum and red blood cell folate concentrations in women of reproductive age for prevention of neural tube defects: World Health Organization guidelines. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2015;64(15):421-3.

LINHARES O.A., CESAR J. Suplementação com ácido fólico entre gestantes no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Ciência, Saúde Coletiva fev. 2017; 22(2): 535-542.

MAIA S.C., MENEZES M.C.K., TENORIO C.M.F. Transtorno do espectro autista e a suplementação por ácido fólico antes e durante a gestação. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, dez 2020; 68(4): 231-243.

MAIA A.F., ALMEIDA C.M.T., *et al.* Autism spectrum disorder and folic acid supplementation before and during pregnancy. Caderno de Saúde Pública 2018; 34(8).

MARTÍNEZ G.R.M., JIMÉNEZ O.A.I., NAVIA L.B. Suplementos en gestación: últimas recomendaci-ones. Nutrición Hospitalaria 2016; 33: 3-7.

SANTOS Q., SICHIERI R., MARCHIONI L.M.D., VERLY E. Avaliação da segurança de diferentes doses de suplementos de ácido fólico em mulheres do Brasil. Revista de Saúde Pública 2013; 47(5): 952-7.

SCHMIDT R.J., TANCREDI D.J., *et al*. Ingestão periconcepcional materna de ácido fólico e risco de transtornos do espectro do autismo e atraso no desenvolvimento no estudo caso-controle CHARGE. The American Journal of Clinical Nutrition. 2012; 96(1):80-9.

SILVA M, MULICK A.J. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. Psicologia Ciência e Profissão 2010; 29(01).

SURÉN P., ROTH C., BRESNAHAN M., *et al*. Associatiom betwen matenal uso of folic acid and the risk of autisn disorder. JAMA. 2013; 309(6):570-7.

STROM M., GRANSTRÖM C., LYALL K., ASCHERIO A., OLSEN S.F. Research Letter: Folic acid supplementation and intake of folate in pregnancy in relation to offspring risk of autism spectrum disorder. Psychological medicine 2018; 48(6): 1048-54.

TAVARES B.B., SABINO F.N.M.A., LIMA C.J., *et al*. Conhecimento da suplementação de ácido fólico na gestação. Investigación y Educación en Enfermería Dec. 2015; 33(3).

CAPÍTULO 14

TRANSTORNOS ALIMENTARES ENTRE OS JOVENS: A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO PANDÊMICO

LORENZA TAVARES BRASIL BAHIA[1]
ANA LAURA VAZ DE MELLO FRATTARI[1]
LÍVIA FARIA GUIMARÃES E SOARES[1]
LORENZA ALVES DE CARVALHO FORTUNATI[1]
LUANA ESTEVES SANTOS[1]
MARIA EDUARDA RIBEIRO DE FIGUEIREDO[1]
MARINA HENRIQUES AMARAL[1]
PAULA PINHO CORRÊA[1]
PAULA SALOMÃO LIBÂNIO[1]
RODRIGO VELOSO SOUTO ROCHA[1]
ANNA CLARA NEMBRI COSTA[2]
RODRIGO SIMÕES DE ALMEIDA[3]

1. Discente do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
2. Discente do curso de Medicina da Faculdade de Minas BH
3. Docente do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Palavras-chave: *COVID-19; Jovens; Transtornos da Alimentação.*

1. INTRODUÇÃO

Segundo o V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM5), os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos, o que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial dos indivíduos. Além dessas alterações no comportamento alimentar, outras manifestações são percebidas nesses indivíduos, tais como distúrbios da percepção da imagem corporal e prejuízo da autoestima (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A Bulimia Nervosa (BN) é caracterizada no DSM-5 pela presença de eventos recorrentes de compulsão alimentar, seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso como purgação (atos de autoindução), vômitos, uso de laxantes e diuréticos de forma indevida, exercício físico excessivo, entre outros. É necessário que a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorram no mínimo uma vez por semana durante 3 meses, em média (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Ainda de acordo com o DSM-5, a Anorexia Nervosa (AN) é caracterizada por um padrão persistente de comer restritivo ou outros comportamentos que visam estabelecer ou manter um peso corporal anormalmente baixo. A categoria AN possui três critérios diagnósticos, como a restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Há um medo extremo de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Sugere-se que a prevalência de BN tenha tido leve decréscimo, enquanto a prevalência de AN parece ter tido leve acréscimo. Aponta-se que a maior frequência de TA está entre umlheres jovens, afetando 3,2% daquelas entre 18 e 30 anos (ALVARENGA M.S., *et al*., 2011).

O Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) é caracterizado por episódios recorrentes com sofrimento marcante e sem associação com o uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados, como na BN. Esses episódios de compulsão alimentar são associados a pelo menos três indicadores, os quais são: comer mais rapidamente que o normal; comer até sentir-se desconfortavelmente cheio; comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome; comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo; sentir-se deprimido ou muito culpado após comer. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Sendo de extrema importância a compreensão do contexto para o diagnóstico dos TA, o período de pandemia do SARS-CoV2, síndrome respiratória aguda grave, trouxe impactos sociais, econômicos, na saúde e em destaque a saúde mental da população mundial. Dados representativos mostram um aumento do sofrimento mental após o surto de COVID-19 na população em geral. Neste contexto de saúde mental, torna-se de suma importância compreender os diagnósticos dos TA, e o impacto destes transtornos durante a pandemia. Vale ressaltar que os indivíduos com histórico de transtornos mentais são especialmente vulneráveis às consequências da pandemia e do isolamento social, sendo mais susceptíveis, por exemplo, ao aumento do nível de estresse, o que pode acarretar o desenvolvimento de TA.

O objetivo deste estudo foi avaliar a influência do contexto pandêmico (distanciamento e isolamento social) sobre a saúde mental da população, com enfoque nos distúrbios alimentares (BN, AN e TCA) entre os adolescentes e jovens.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de fevereiro a março de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados SciELO (Scientific Eletronic Library Online), PubMed (serviço da U. S. National Library of Medicine, que possibilita acesso a base de dados e citações de artigos periódicos) e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde). Foram utilizados os descritores, em português e inglês, "*Nutritional disorders AND pandemic", "Nutritional disorders AND adolescent", "Nutritional disorders AND COVID-19 AND bulimia", "Social media AND eating disorders" Binge eating AND pandemic", "Social network AND Pandemic*" "*Nervous anorexia AND Pandemic*" e " *COVID-19 AND Eating Disorder*". Desta busca foram encontrados artigos, que, posteriormente, foram submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos em português e inglês; publicados no período de 2012 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, ou que não abordavam diretamente a proposta estudada.

Após os critérios de seleção restaram 30 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a elaboração deste material.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Pandemia e Saúde mental

A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020. Os primeiros registros de casos do coronavírus foram registrados no final do ano de 2019 na cidade de Wuhan, na China. Devido sua elevada taxa de contaminação e ao desconhecimento de medidas preventivas ou terapêuticas frente ao novo vírus, a OMS recomendou a adoção de medidas preventivas de intervenção aos Governos, como a restrição ou proibição ao funcionamento de escolas, universidades, comércio não essencial, academias, transportes públicos, igrejas, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). No Brasil, diversas ações foram tomadas em municípios, estados e federações, como as citadas no parágrafo acima. Em diversas cidades foi decretado bloqueio total (lockdown), com punições para os estabelecimentos e indivíduos que não se adequassem às regras (MALTA, 2020). A população brasileira precisou se adequar as novas rotinas, como trabalhar de suas residências, em um aumento importante de sua interação com a internet e relação com as telas de monitores, televisores, tablets, celulares e notebook, em atividades como, reuniões e aulas escolares virtuais, exercício físico mediado por instrutores virtuais e muitas outras atividades. Como consequências econômicas milhares de pessoas perderam seus empregos ou precisaram fechar suas empresas. O reflexo do lockdown, trouxe também como impacto, uma grande redução na prática de atividades físicas e esportivas, favorecendo o aumento do comportamento sedentario, impactando diretamente em mudanças nos hábitos alimentares. Estudos indicam que houve um considerável crescimento no consumo de alimentos industrializados, com alta densidade

calórica, como chocolates, batatas fritas, sorvetes e álcool (WANG C., *et al*., 2020). O aumento do consumo de bebidas alcoólicas pode estar relacionado aos efeitos estressores e preocupantes da pandemia, como inseguranças e medo acerca do futuro, além do risco de morte ao se contaminar. O bloqueio total decretado pelas autoridades, considerando a mudança comportamental e de estilo de vida da população, pode ser considerado fator de risco para o aumento de ansiedade, tristeza e consequentemente, depressão (AHMED M.Z., *et al.*, 2020).

Em adolescentes, mostra-se necessária uma maior atenção tanto clínica quanto social a possíveis indicadores de sintomas de TA, uma vez que pré-adolescentes, adolescentes e jovens adultos são a faixa etária que apresenta maior taxa de alterações de comportamento alimentar.

Essa maior prevalência de quadros alimentares desequilibrados em adolescentes é reflexo da vulnerabilidade do jovem a influências externas, tanto positivas quanto negativas, dado que a fase da adolescência é caracterizada por mudanças, adaptações e conflitos de identidade em que o curso do desenvolvimento do indivíduo pode ser alterado caso algum aspecto importante de sua vida mude. Ademais, a juventude representa uma fase de intensificação da preocupação com a aparência corporal em relação a infância, o que cria uma maior susceptibilidade de se desenvolver uma visão distorcida sobre o seu próprio corpo.

A maioria dos estudos revela uma proporção de 10:1 casos de TA em jovens mulheres em relação a homens, e indicam que aproximadamente 3,2% das mulheres entre 18 e 30 anos sofrem com algum dos três transtornos alimentares mais comuns no mundo (BN, AN e TCAP) CROW, 2009.

A AN, por exemplo, é raramente desenvolvida após os 40 anos, em contraste com a sua incidência elevada em meio a jovens, tendo seu pico inicial médio aos 17 anos de idade. Mesmo sendo mais restrita a uma faixa etária específica, a AN ainda é considerada a doença psiquiátrica de maior mortalidade no mundo, superando diversas outras condições como a depressão e a bipolaridade.

Uma pesquisa desenvolvida no Departamento de Psiquiatria da Universidade de Stanford, na Califórnia, concluiu que a BN é vista por adolescentes como um mecanismo compensatório para eliminar o excesso de calorias ingeridas durante um episódio de compulsão e perda de controle ao se alimentar. Esses episódios de compulsão também estão presentes nos quadros de TCAP, no entanto, esse último está normalmente associado a obesidade (BOHON, C. 2019).

As complicações dos TA tendem a ser mais severas em adolescentes do que adultos, o que é justificado pelo fato de seus tecidos e órgãos ainda não terem atingido a maturidade e serem mais vulneráveis à restrição nutricional e perda de peso. A persistência da condição pode interferir no desenvolvimento puberal do jovem, assim como desencadear uma regressão social e intensificação de quadros psiquiátricos possivelmente já existentes (MASSIMILIANO, S. *et al*., 2020)

Algumas consequências clínicas frequentemente vistas em jovens com histórico de TA são a mudança na densidade óssea, que pode desencadear uma osteopenia ou osteoporose, piora das habilidades neurocognitivas e mudanças funcionais e estruturais no cérebro, devido à redução da substância cinzenta. Pode ocorrer também um atraso no crescimento do indivíduo devido a alterações endócrinas, que podem desencadear também hiperglicemia, resistência insulínica e aumento dos níveis de cortisol no enfermo (MASSIMILIANO, S. *et al.,* 2020)

Dessa maneira, é necessário que o tratamento de TA nessa faixa etária seja abordado

por uma equipe multiprofissional, para que sejam avaliadas todas as possíveis complicações que excedem os fatores psicossociais além de um acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico subsequente para evitar a reincidência da condição.

3.2. A influência das redes sociais nos transtornos alimentares durante o contexto pandêmico

As redes sociais, como exemplo o Instagram, TikTok, Twitter, reforçam uma idéia que pessoas de sucesso, tem um padrão de beleza, considerados únicos e ideais, baseado em um estereótipo de pessoas magras. Todo este contexto é fomentado, através de compartilhamento de fotos, de vídeos, tweets e stories. Isso levou, direta ou indiretamente, à disseminação de estereótipos irreais em uma sociedade em que se acredita o "magro é bonito e saudável", gerando uma pressão em muitos jovens, os quais, sentem-se fadados a não alcançar esse ideal corporal vigente (MINGOIA, John; *et al*., 2017). Esse cenário é reforçado pela própria mídia, a qual, incentiva a validação que o emagrecimento está diretamente ligado ao bem-estar emocional e social e reforça estes estereótipos. Nota-se também a divulgação de métodos extremos de controle de peso típicos da NA percebida, por exemplo, em perfis com grande alcance de seguidores no Instagram e Facebook que semeiam e elogiam atitudes de resistência à fome como a realização de jejum por horas ou até dias impactando negativamente as pessoas previamente diagnosticadas com TA, uma vez que isso pode servir como gatilho para piora do quadro e, também, diminuição da adesão do tratamento (CUZZOLARO, Massimo; DONONI, Lorenzo, 2016).

A partir desse quadro descrito, nota-se que muitos jovens estão sujeitos a perder a autoconfiança e interiorizar a ideia de que é preciso aparecer sempre como sua versão perfeita nas redes sociais, tentando enquadrar-se no padrão de beleza vigente (MINGOIA, John; *et al*., 2017). Tal situação, corrobora para a intensificação de atitudes e pensamentos que rodeiam os transtornos alimentares, como a adesão de dietas restritivas, a alimentação insuficiente, a prática de exercícios em excesso e a procura por métodos, muitas vezes cirúrgicos, para perder ou ganhar peso a qualquer custo (BOWEN, Matt; LOVELL, Andy; WALLER, Rhian, 2020); (NUTLEY, Sara; *et al.*, 2021).

Além disso, com a pandemia, houve uma descontinuidade do acompanhamento médico, até a adaptação das consultas online, favorecendo a piora de vários transtornos mentais, entre eles os transtornos alimentares. As redes sociais serviram por um lado como ferramenta para evitar o isolamento total e por outro lado, se não utilizado corretamente, podem ter funcionado como fatores de risco para pessoas portadoras ou com predisposição a distúrbios alimentares, haja vista que postagens sobre uma rotina alimentar saudável e a prática de exercícios físicos regulares, por exemplo, maximizaram-se sob o medo de ganhar peso extra durante esse período. Dessa forma, é criado um cenário de pressão pela necessidade de perda ou ganho de peso, mas também de comparação com o corpo ideal mostrada virtualmente.

Foi percebido, que a dificuldade de praticar exercícios regularmente por causa do fechamento das instalações para exercícios, por exemplo, aumentou a recorrência de métodos compensatórios devido a um sentimento de culpa de não conseguir realizar essa prática. Nota-se que essa sensação é aumentada devido à realização de exercícios físicos nas redes sociais ser apresentada, muitas vezes, como necessária não apenas para a saúde física e mental, mas também como uma forma de

alcançar os padrões vigentes na sociedade (NUTLEY, Sara; *et al*., 2021; MINGOIA, John; *et al*., 2017).

Portanto, os TA, especialmente a AN e a BN, podem ser influenciados e potencializados pelas redes sociais, especialmente em um momento pandêmico como o atual, uma vez que, aumentou-se o consumo de conteúdo produzido, veiculado e transmitido nas redes sociais.

3.3. A relação entre o empobrecimento da população brasileira e o surgimento de transtornos alimentares.

A pandemia do coronavírus não representou somente uma crise de saúde coletiva, mas também um agravamento do quadro social e econômico da população brasileira. Devido ao período de lockdown, pequenas lojas, padarias e outros tipos de estabelecimentos que pertencem a microempreendedores tiveram que demitir funcionários para não decretar falência, o que promoveu um aumento significativo no número de desempregados.

Somado a esse cenário, cabe ressaltar o avanço da taxa inflacionária durante a crise sanitária. De acordo com dados do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) a inflação acumulou um aumento de 10,06% no ano de 2021. É necessário salientar que, nesse cenário inflacionário, além da redução do poder de compra do brasileiro, o preço dos alimentos que disparou 14% em 2020, subiu mais 7% no ano de 2021. Tal conjuntura permite concluir que a pandemia do novo coronavírus teve um impacto direto na segurança alimentar da população, o que promove um quadro que facilita o desenvolvimento de TA em função da limitação do acesso aos alimentos (MINIATI *et al*., 2021).

Cabe destacar também que os impactos da pandemia incidem, de maneira mais vigorosa, sobre as famílias mais pobres. As crianças, isoladas do convívio em ambiente escolar, foram expostas a um quadro constante de estresse, que contribuiu para o desenvolvimento de problemas crônicos de saúde, dentre eles a obesidade. Devido ao alto nível de estresse dos pais que, em geral, estavam desempregados e isolados, essas crianças perderam a rede de suporte para a adaptação ao período pandêmico. O estresse gerado pela pandemia afeta, de forma mais expressiva, populações vulneráveis, que já sofrem com os reduzidos recursos econômicos, racismo e desigualdade estrutural. O acesso reduzido e precarizado a tratamentos para doenças crônicas físicas e/ou mentais podem agravar os resultados negativos. (MINIATI *et al*., 2021).

3.4. A influência da pandemia no Transtorno Alimentar Compulsivo Periódico

O comportamento alimentar no TCAP é caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos em um período delimitado (até duas horas), com a sensação de falta de controle sobre o que se é ingerido. Associado a isso, para se ter o diagnóstico é necessário que esses episódios aconteçam duas vezes na semana durante 6 meses, e sejam acompanhados de sentimento de culpa, tristeza, vergonha e angustia. Porém, não são acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso. (SPITZER, Robert L. *et al.*, 1993)

A prevalência desse transtorno na população varia entre pesquisadores pela subjetividade de alguns critérios, sendo bem homogênea entre os gêneros. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- 5), esse transtorno é mais prevalente em pessoas que buscam tratamentos para emagrecer. Sendo assim, o TCAP pode ocorrer em indivíduos com peso normal e indivíduos obesos, tendo, a maioria, uma longa história de

repetidas tentativas de fazer dietas e o sentimento de desespero acerca de sua dificuldade de controle da ingestão de alimentos (AZEVEDO, Alexandre Pinto; SANTOS, Cimâni Cristina; FONSECA, Ducineia Cardoso, 2004)

Essa constante frustação causada por dietas sem resultados leva, em alguns casos, o aumento da restrição e em outros o abandono total da dieta. Consequentemente isso só acentua os episódios de compulsão alimentar. Somado a isso, o estresse é um fator que também pode levar a um aumento desse transtorno alimentar, já que o aumento dos níveis de cortisol no organismo humano, pode aumentar a ingestão de alimentos e o ganho de peso.

Visto isso, a pandemia decorrente do vírus SARS-CoV-2 trouxe diversos fatores que influenciaram negativamente para o TCAP. Dentre eles, está o aumento do estresse e ansiedade, ocasionados pela angústia e medo diante das diversas mortes e notícias ruins todos os dias, além do isolamento e falta de convívio social. Assim, como já foi visto anteriormente, o indivíduo devido a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e consequente aumento do cortisol no plasma, tende a aumentar a ingestão e a busca de alimentos compulsivamente para tentar atender à necessidade energética ocasionada pelo estresse crônico, corroborando cada vez mais com comportamentos alimentares compulsivos (FUSCO *et al.,* 2020). Esses sentimentos estão muito relacionados com a privação do sono, que gera a diminuição da secreção do hormônio leptina, relacionado com a saciedade, diminuição da tolerância à glicose e aumento da secreção de grelina, hormônio responsável pela fome. Essa privação também pode levar a fadiga, o que diminui a prática de exercícios físicos mais ainda, já que durante a pandemia, com o fechamento das academias e aulas, muitas pessoas pararam de se exercitar. Isso tudo, influencia no gasto calórico e na necessidade de comer, potencializando o TCAP (FUSCO *et al.,* 2020).

Outro fator que contribuiu para o aumento desse transtorno, foi a falta de rotina gerada pelo isolamento social. Antes era mais fácil se ter uma rotina alimentar, com horários de trabalho e tempos limitados para se alimentar. Com a pandemia, houve um aumento da frequência de alimentação, havendo um intervalo de tempo reduzido entre as refeições. Essa maior ingestão de alimentos em menos tempo esteve muito ligada ao comer pelo impulso, sem fome, para compensar as emoções, como tédio e ócio, gerado pela falta de rotina e até mesmo amenizar a ansiedade e estresse (GALETTI, Gabriella Rizzi; MAYNARD, Dayanne da Costa, 2021)

Somado a isso, no início da pandemia, com a limitação para sair de casa a fim de evitar o contágio pelo vírus, houve na população uma sensação de escassez de alimentos, gerando uma insegurança alimentar, que levou a um armazenamento de comida nas casas. Essa grande disponibilidade de alimentos pode ter sido um fator que agravou a compulsão alimentar (RODGERS *et al*., 2020;). Essa insegurança alimentar também foi acentuada pela tensão econômica vivenciada, já que muitos trabalhadores perderam seus empregos durante a pandemia (WEISSMAN, Ruth S; BAUER, Stephanie; THOMAS, Jeniffer J, 2020; FERNÁNDEZ ARANDA *et al.,* 2020).

3.5. Impactos do isolamento social durante a pandemia de COVID-19 em pacientes com bulimia nervosa

A Bulimia Nervosa, segundo o DSM-5 é caracterizada por “comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso”, para se qualificar ao diagnóstico,

os episódios devem ocorrer, em média, no mínimo uma vez por semana por três meses (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Durante o isolamento social imposto devido a pandemia de COVID-19 houve um aumento na ansiedade, depressão e solidão (KILLGORE, *et al*., 2020;) e notou-se que teve um declínio em todos os níveis de atividade física e o comportamento alimentar (tipo de consumo alimentar, alimentação fora do controle, lanches entre as refeições, número de refeições principais), apresentou-se mais insalubre (AMMAR *et al.*, 2020). Além dos efeitos da pandemia no bem-estar da população em geral, verifica-se também que ela pode facilitar a deterioração dos sintomas e a recaída em pacientes com transtornos alimentares (FERNANDEZ-Aranda *et al*., 2020;).

A atual pandemia teve e continua tendo impactos prejudiciais na sintomatologia e no tratamento de pacientes com BN, bem como na qualidade de vida durante a crise (SCHLEGL *et al.*, 2020). Segundo estudo realizado, que avaliou sobre o quanto os pacientes com bulimia nervosa estavam preocupados durante a pandemia de COVID-19, sobre como a psicopatologia geral e os conflitos interpessoais deles mudaram durante esse contexto e sobre como os sintomas e comportamentos do transtorno alimentar mudaram durante esse período, concluiu-se que a compulsão alimentar aumentou em quase metade dos pacientes, vômitos auto-induzidos em um terço, uso de laxantes e abuso de diuréticos em quase 10% e mais de 60% dos pacientes relataram problemas com a manutenção de sua rotina diária estabelecida e estrutura regular das refeições (SCHLEGL *et al*., 2020).

Ademais, a telemedicina que passou a ser utilizada durante esse período de isolamento para minimizar o contato entre as pessoas criou alguns desafios para o tratamento da BN, como dificuldades em garantir uma comunicação precisa ao monitorar remotamente, preocupações com a privacidade, dificuldades em estabelecer relacionamento com indivíduos com TAs, indivíduos com TAs não estarem fisicamente presentes para pesagem (COUTURIER *et al.,* 2021).

Dessa forma, percebe-se o quanto as mudanças decorrentes do isolamento social devido a pandemia do COVID-19 impactaram negativamente no tratamento de pacientes com BN e na forma de atendimento médico. Assim, contribuindo para a manutenção e, em alguns casos, piora da doença.

3.6. Anorexia nervosa (AN) e a pandemia do COVID-19

A Anorexia Nervosa (AN) é um transtorno alimentar que, nos casos mais graves da doença pode levar à morte. Causada por perda de peso extrema, resultado de uma restrição alimentar severa, também é comum a negação do paciente sobre a magnitude do seu estado nutricional. Os portadores desse transtorno também apresentam distorção da imagem corporal. Dada a seriedade e a complexidade da doença é recomendado que o seu tratamento seja feito por uma equipe interdisciplinar ainda que não exista um modelo específico (TOMOYUKI KAWADA *et al*., 2021). No início do contexto pandêmico, em 2020, muitos pacientes com AN interromperam seus tratamentos devido à incerteza da duração da pandemia e da dificuldade dos profissionais da saúde em adaptar seus atendimentos presenciais para os online. A introdução ao tratamento virtual foi complexa para a maioria dos pacientes e dos profissionais, porém esse trouxe novas oportunidades aos portadores da doença, como a possibilidade de se consultarem com especialistas de qualquer lugar do mundo sem sair de casa.

Apesar disso, o tratamento online trouxe limitações, muitos pacientes precisam do contato presencial com o profissional da saúde para poder aderir ao tratamento. Devido a esses fatores foi possível observar que durante a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV2, muitos pacientes com AN se estagnaram no processo de reabilitação e outros tiveram um retrocesso nesse processo. Sendo assim é possível concluir que a pandemia do COVID-19 desafiou a continuação do tratamento multidisciplinar para a anorexia nervosa, principalmente para os casos mais graves da doença (HANNAH WEEB *et al*., 2022).

3.7. Os desafios na adesão ao tratamento diante da pandemia

A telemedicina, como solução para o distanciamento social, ajudou muitos pacientes a entrarem em contato com seus médicos quando existe algum problema agudo ou existe a necessidade de um atendimento primário (BHASKAR S., BRADLLEY S., CHATTU V.K., 2020), porém quando o indivíduo apresenta um caso que se deve ter um acompanhamento próximo e contínuo, a telemedicina tende a ter suas dificuldades, por parte dos médicos e também por parte dos pacientes. Isso é exemplificado nos casos de indivíduos que já possuíam ou passaram a ter algum transtorno alimentar durante a pandemia.

O isolamento social é um dos agravadores e um dos empecilhos quando o assunto é tratamento de transtornos alimentares. Isso ocorre, porque esse distanciamento ajuda a mascarar os sintomas do paciente, levando a um quadro clínico mais severo. Um exemplo disso é um indivíduo que sofre com BN e ao ficar em casa, diante de tantas incertezas trazidas por esse período de pandemia, essa pessoa pode ter um aumento da sua ansiedade e consequentemente um aumento da sua compulsão, exacerbando assim, os sintomas bulímicos (CLARK BRYAN *et al*., 2020;)

Com a mudança repentina do dia a dia das pessoas, da rotina dos hospitais e das clínicas, os países que possuíam capacidade econômica e social de implementar as consultas online, aderiram ao modelo da telemedicina. Porém, apesar dos atendimentos virtuais já estarem presentes por um tempo, não existe nenhum "manual", nenhuma diretriz acerca desse tipo de serviço, visto que essa forma de consulta nunca foi a primordial, a mais utilizada, dificultando o trabalho dos médicos. Em razão disso, existe um certo desafio na fluidez e na eficácia dos tratamentos desses pacientes (COUTURIER *et al.,* 2021).

Durante a pandemia, muitos pacientes ao mudarem para o atendimento remoto não se adaptaram muito bem, e começaram a se sentir abandonados pelos seus médicos (CLARK BRYAN *et al*., 2020). Devido a isso, muitos desses indivíduos ou tiveram uma piora do seu caso em razão dos gatilhos que existem no isolamento social, assunto abordado no segundo parágrafo desse tópico, ou começam a pesquisar na internet o que eles podem fazer para a melhora do seu quadro (WEISSMAN R.S., BAUER S., THOMAS J.J., 2020). O problema dessas pesquisas sem direcionamento médico é que o paciente muitas vezes pode achar informações incompletas, inadequadas ou até que não se aplicam diante sua situação, o que, por sua vez acaba atrapalhando o percurso do tratamento planejado pelo profissional que o atende.

Além de todos esses obstáculos para a adesão do tratamento dos TAs durante a pandemia, outro empecilho seria o acesso à internet e a tecnologias, como computadores, para a realização dos atendimentos virtuais (WEISSMAN R.S., BAUER S., THOMAS J.J., 2020). Em proporções globais, segundo a ONU, 2,9 bi-

lhões de pessoas não possuem acesso à internet, já no Brasil, segundo dados do IBGE são 40 milhões de brasileiros vivem sem qualquer forma de acesso online. Dessa forma, concluímos que em decorrência dessa desigualdade existente não apenas no Brasil, mas também no mundo, o acompanhamento profissional, durante o isolamento social, é dificultado.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que a pandemia de COVID-19 teve efeito sobre a saúde mental da população geral, sobretudo aqueles com histórico de transtornos mentais, intensificado pelo distanciamento social. Além disso, soma-se ao agravamento do quadro psicossocial, os adolescentes com passagem para a vida adulta durante este período, com todas as dúvidas, inseguranças e questões relacionadas a autoestima, uma mudança abrupta em seus hábitos e rotina de vida diária, ocasionando a um aumento da vulnerabilidade emocional destes indivíduos. De acordo com estudos analisados, essa vulnerabilidade contribuiu para o desenvolvimento de distúrbios alimentares em adolescentes previamente saudáveis e acentuou quadros de TA pré-existentes.

Pode-se constatar, a partir dos estudos analisados, que existem alternativas ao tratamento dos TA`s, como a associação do acompanhamento psicoterápico e de um planejamento nutricional. Essa combinação de cuidados é uma importante forma de reduzir os impactos da pandemia na saúde mental e nos quadros de distúrbios alimentares dos jovens e, caso esse estímulo tenha um resultado positivo, os bons hábitos alimentares poderão ser reestabelecidos.

Diante do exposto, é seguro afirmar que a influência do isolamento social trouxe um impacto importante sobre o agravamento da saúde mental de muitos adolescentes, especialmente aqueles que já haviam alguma susceptibilidade aos distúrbios alimentares. Por conseguinte, é necessário o desenvolvimento de estudos focados nesse aumento de demanda pós pandemia, com enfoque na reabilitação e melhora da funcionalidade destes indivíduos no contexto alimentar.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMED, Md Zahid *et al*. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. Asian Journal of Psychiatry. 2020

ALVARENGA, Marle *et al*. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. Revista Psiquiatria Clínica. 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto alegre: Artmed Editora, 2014.

AMMAR, Achraf *et al.* Efeitos do confinamento domiciliar COVID-19 no comportamento alimentar e na atividade física: Resultados da pesquisa on-line internacional ECLB-COVID19. International Online Survey. Nutrients. 2020 May 28;12(6):1583

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

AZEVEDO, Alexandre Pinto *et al.* Transtorno da compulsão alimentar periódica. Revista Psiquiatria Clínica. 2004

BHASKAR, Sonu *et al*. Telemedicine Across the Globe-Position Paper From the COVID-19 Pandemic Health System Resilience PROGRAM (REPROGRAM) International Consortium. Frontiers in Public Health. 2020.

BOHON, Cara. Binge eating disorder in children and adolescents. Child and Adolescent Psychiatric Clinics, v. 28, n. 4, p. 549-555, 2019.

BOWEN, Matt *et al.* Stigma: the representation of anorexia nervosa in UK newspaper Twitter feeds. Journal of Mental Health. 2020

CLARK BRYAN, D. *et al*. Exploring the ways inwhich COVID-19 and lockdown has affected the lives of adult patients with anorexia nervosa and their carers. Disorders: A Qualitative Study. Frontiers in Psychiatry. 2020.

COUTURIER, J. *et al*. The COVID-19 pandemic and eating disorders in children, adolescents, and emerging adults: virtual care recommendations from the Canadian consensus panel during COVID-19 and beyond. Journal of Eating Disorders. 2021.

CUZZORALO, Massimo; M DONINI, Lorenzo. Orthorexia nervosa by proxy? Eat Weight Disordes. 2016.

CROW, S.J *et al.* Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. The American Journal of Psychiatry. 2009.

FERNANDES-ARANDA, Fernando *et al.* COVID-19 e implicações para transtornos alimentares. European Eating Disorders Review. 2020

FUSCO, Suzimar *et al.* Ansiedade, qualidade do sono e compulsão alimentar em adultos com sobrepeso ou obesidade. Revista da escola de enfermagem da USP. 2020.

GALLETI, Gabriella; MAYNARD, Dayanne. Compulsão alimentar e a sua relação com o consumo alimentar durante o período da pandemia em mulheres acima de 50 anos. Research, Society and Development. 2021.

KAWADA, Tomoyuki. Difficulty of treatment in patients with anorexia nervosa. Clinical nutrition. 2021.

KILLGORE, William *et al.* Solidão: Uma preocupação de saúde mental na era da COVID-19. Psychiatry Research. 2020.

MALTA, Deborah. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2020

MASSIMILIANO, Sartirana *et al.* Treatment of eating disorders in adults versus adolescents: similarities and differences. Clinical therapeutics. 2021

MINGOIA, John *et al*. The Relationship between Social Networking Site Use and the Internalization of a Thin Ideal in Females: A Meta-Analytic Review. Frontiers in Psychology. 2017.

MINIATI, Mário *et al*. Eating Disorders Spectrum During the COVID Pandemic: A Systematic Review. Frontiers in Psychology. 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Painel coronavírus [Internet]. Brasília: Ministério de Saúde; 2020 [citado 2020 maio 4].

NUTLEY, Sara *et al.* Impact of the COVID-19 Pandemic on Disordered Eating Behavior: Qualitative Analysis of Social Media Posts. JMIR Publications. 2020

RODGERS, Rachel *et al*. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. International Jornal of Eating Disorders. 2020.

SCHLEGL, S. *et al.* Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic—Results from an online survey of former inpatients. European Eating Disorders Review, v. 28, n. 6, p. 847–854, 2020.

SPITZER, Robert *et al*. Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. International Journal of Eating Disorders. 1993

WANG, Cuiyan *et al*. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. Brain, Behavior and Immunity. 2020.

WEBB, Hannah *et al*. Clinicians' perspectives on supporting individuals with severe anorexia nervosa in specialist eating disorder intensive treatment settings during the COVID-19 pandemic. Journal of Eating Disorders. 2022.

WEISSMAN, Ruth *et al*. Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. International Jornal of Eating Disorders. 2020.

CAPÍTULO 15

A INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE MENTAL: UMA ABORDAGEM FISIOLÓGICA

BEATRIZ CABRAL FRANÇA[1]

LANNA DO CARMO CARVALHO[1]

LAURO MONTELO DOS SANTOS[2]

PEDRO ALBINO CAMPOS[3]

DANIEL PIMENTEL CERQUEIRA SANTOS[4]

GABRIELA FERNANDES NASCIMENTO[1]

RENATA CAVALCANTI CORDEIRO[5]

INÊS CARVALHO DE CASTRO VIEIRA[1]

RICARDO OLAVO DE CARVALHO BEZERRA[6]

DAIANE BATISTA DA SILVA[7]

THAIS DE ANDRADE PAULA[8]

DANIEL SOARES DE ARAÚJO[9]

1. Discente – Medicina na Universidade de Rio Verde (UniRV).
2. Discente – Medicina no Centro Universitário de Mineiros (Unifimes), Trindade.
3. Discente – Medicina na Universidade José Rosário do Vellano (Unifenas), Belo Horizonte. Residência em Clínica Médica no Hospital de Urgências de Goiás (HUGO).
4. Discente – Farmácia pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB).
5. Discente – Medicina no Centro Universitário Facisa (Unifacisa).
6. Discente – Medicina na Faculdade de Medicina Nova Esperança (Famene).
7. Discente – Medicina na Faculdade de Santo Amaro
8. Médica pela Universidade Evangélica de Goiás
9. Discente – Medicina na Faculdade Alfredo Nasser (Unifan).

Palavras-chave: *Saúde; Mental; Exercício.*

1. INTRODUÇÃO

A atividade física possui vários benefícios para o corpo de forma ampla. Apesar de ser muito praticada e estimulada para fins estéticos ela possui uma forte influência sobre a saúde mental das pessoas que a praticam regulamente (SILVA, 2010).

A pandemia do coronavírus foi um evento que alterou a rotina de modo abrupto da população de modo mundial, logo o isolamento social e a quarentena marcaram os dias e privavam as pessoas de efetuarem atividades físicas e isso desencadeou e exacerbou quadros de distúrbios mentais (LIMA, 2020).

O objetivo deste estudo foi compreender e descrever sobre a influência da atividade física sobre a saúde mental.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de janeiro a março de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO, Google Acadêmico e Medline. Foram utilizados os descritores: atividade física e saúde mental. Desta busca foram encontrados 35 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; publicados no período de 1997 a 2022 que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão e 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 12 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 os subtítulos e pontos que foram mencionados na discussão e com base na âncora teórica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontram-se na literatura vários conceitos sobre saúde mental e atividade física. Há concepções mais restritas que abordam apenas os benefícios estéticos da atividade física e outras mais amplas relacionam os amplos sistemas orgânicos e a sua reação mediante a prática regular de exercícios físicos e a importância que exerce sobre a saúde mental (MELLO, 2005). Nas concepções mais restritas, a dinamicidade em exercícios é visto apenas na sua função metabólica e músculo-esquelética. A rotina de movimento limita-se à contagem de calorias gastas e ao cálculo de ganho de massa muscular (LOURENÇO, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde não se restringe só a ausência de doença, mas sim ao estado harmonioso entre o organismo e o meio ambiente, ou seja o bem estar físico, mental e social. Atualmente, a prática diária de exercícios físico é uma forma muito eficaz e acessível para se atingir tal objeção e contribui de modo significativo para essa tríade (LIMA, 2020).

O exercício físico é procurado pela maioria das pessoas para se alcançar um ideal físico. No entanto, este ato não pode ser limitado só a isso evidenciam-se os inúmeros efeitos benéficos sobre o organismo (HERNANDEZ, 2019).

O corpo humano foi programado para se locomover, mediante sedentarismo e o hábito de permanecer sentado, resultam em fadiga e indisposição e ao realizar atividades físicas diárias estamos gastando energia, consequente-

mente, perdendo calorias e evitando obesidade, passamos por uma série de descargas hormonais como a liberação de neurotransmis-sores como serotonina, endorfina, noradre-nalina a qual combatem transtornos psíquicos como depressão, ansiedade, irritabilidade e estresse. Ademais, pesquisas recentes analisaram a liberação de uma substância denominada irisina, somente obtida com a prática de atividade física e atua aliviando a sintomatologia do Alzheimer e resultando em uma sensação de conforto e bem-estar (MACEDO, 2012).

Sobre a descarga hormonal liberada só mediante ao gasto energético sobre movimentos voluntários estas possuem funções significativas para o estado mental e consequentemente para o convívio social como a serotonina, o hormônio da alegria por auxiliar na regulação homeostática como o ritmo cardíaco, apetite, humor, reduz a ansiedade e também nas funções cognitivas e evita a depressão. A dopamina é o neurotransmissor responsável pela sensação de prazer, compensação, controle motor e também como precursor endócrino a qual regula a eliminação renal de toxinas, atraso no esvaziamento estomacal, desfadiga do esfíncter esofagiano e atenuação da liberação de aldosterona. O hormona denominado endorfina suprime a ocorrência de irritação e estresse, propiciando o efeito analgésico, felicidade, compensação, bom humor e previne instabilidade emocionais como ansiedade e depressão (CANAELI, 2001).Ademais, a regulação do glicocorticoide chamado de cortisol é relevante para manter sua importante ação no corpo como manutenção dos níveis pressionais, regulação dos níveis de glicose, sistema imune e a resistência à dor, mas também de evitar sua exacerbação acarretando em estresse, irritabilidade, depressão e medo (MACEDO, 2012).

Ao se realizar uma caminhada leve já é perceptível a sensação de relaxamento. Quando se adota a rotina de sempre permanecer em movimento isto resulta em melhora da postura, reduz a pressão arterial, melhora o débito cardíaco, regula os níveis de cortisol, o conhecido hormônio do estresse, melhora da qualidade de sono a qual restaura o corpo do desgaste durante o dia e garante o bom humor e produtividade no dia seguinte (OLIVEIRA, 2020).

Hoje em dia, o estilo de vida baseado em uma rotina sobrecarregada e a busca constante por avanços e reconhecimento social resulta em dificuldades para se encaixar a rotina de exercícios físicos diários e aumenta o percentual de sedentarismo e as consequências deste (SEGRE, 1997). O organismo quando privado da mobilidade adequada começa a apresentar certas infuncionalidades como algias musculares, doenças cardiovasculares, disfunção na liberação hormonal, o desenvolvimento da síndrome metabólica, sobrepeso e todos esses fatores têm influência sobre a saúde mental, em razão de ser evidente que a mente e o corpo são altamente relacionados (SILVA, 2020).

4. CONCLUSÃO

Este estudo indica que a prática de exercícios físicos regulamente propicia inúmeros efeitos benéficos para o corpo e garante o bom estado de saúde, ou seja, o equilíbrio entre o bem-estar do corpo, do psíquico e social.

Sendo assim, é necessário incluir a mobilidade diária para se alcançar um bom estado físico, obter satisfação pessoal e bem-estar consigo mesmo e consequentemente um melhor estado psicológico e convívio social. Por conseguinte, os efeitos sobre a saúde mental devem ser abordados e estes devem sempre ser prescritos para se precaver do desenvolvimento de patologias psíquicas e também como forma não farmacológica de combate aos já existentes. No

entanto, são necessários, políticas que além de estimular a prática, possibilitem meios de concretização. Ademais, é imprescindível mais pesquisas e estudos para se evidenciar os efeitos favoráveis que os exercícios promovem, além do efeito da liberação de neurotransmissores para serem mais explorados e melhor orientados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANAELI, E.S. & KRUEL, L.F.M.B. Respostas hormonais ao exercício. Revista Paulistana de Educação Física, v. 15, n. 2, p. 141-53, 2001.

HERNANDEZ, J.A.E. & VOSER. R.C. Exercício físico regular e depressão em idosos. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 19, n. 3, p. 718-734, 2019.

LIMA, R.C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19: impactos na saúde mental. Revista de Saúde Coletiva, v. 30, n. 2, 2020.

LOURENÇO, B.S. *et al*. Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. Escola Anna Nery, v. 21, n. 3, e20160390, 2017.

MACEDO, C.S.G. *et al.* Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v. 8, n. 3, p. 19-27, 2012.

MELLO, T.M. *et al.* O exercício físico e os aspectos psicobiologicos. Revista Brasileira de Medicina Esporte, v. 11, n. 3, p. 203-207, 2005.

OLIVEIRA, A.L.X. *et al.* Saúde mental: um artigo de revisão sobre a saúde mental no Brasil. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, v. 11, n. 5, p. 198-212, 2020.

SEGRE, M. & FERRAZ, F.C.O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SILVA, R.S. *et al.* Atividade física e qualidade de vida. Ciência e Saúde coletiva, v. 15, n. 1, p. 115-20, 2010.

CAPÍTULO 16

ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DO DISTRESSE MORAL NO CONTEXTO MUNDIAL E BRASILEIRO

JAIRA DOS SANTOS SILVA[1]

LUCÍOLA GALVÃO GONDIM CORRÊA FEITOSA[2]

MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES[3]

KAREN BEATRIZ OLIVEIRA DE ABREU[4]

VICTOR FERNANDES ALENCAR [5]

THAMARA FERNANDES VILANOVA[6]

1. Mestra em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Docente do Curso Técnico de Enfermagem do Colégio Técnico de Floriano-CTF/UFPI.
2. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família/Centro Universitário UNINOVAFAPI.
3. Pós-doutora pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Docente Associada da Universidade Federal do Piauí.
4. Discente em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.
5. Licenciado em Filosofia. Pós-graduando em Gestão Escolar e Psicopedagogia.
6. Assistente Social. Professora Intérprete de Libras da Secretaria de Educação do Maranhão.

Palavras-chave: *Estresse Psicológico; Ansiedade; Pesos e medidas.*

1. INTRODUÇÃO

A preocupação em estudar o Distresse Moral, angústia ou Sofrimento Moral, iniciou-se em nível mundial na década de 80, no século XX, com Jameton (1984), que foi o precursor das discussões relacionadas à temática na prática da enfermagem. O autor trouxe como primeiro conceito o Distresse Moral como um desequilíbrio psicológico, ocasionado por sentimentos de dor e angústia, quando o profissional sabe o que deveria ser realizado, mas devido a barreiras institucionais, interpessoais e interprofissionais, é impedido de exercer sua função de acordo com seus preceitos morais, gerando sentimento de impotência ou incapa-cidade para realizar a ação definida como etica-mente adequada (JAMETON, 1984).

O Distresse Moral é comum na prática clínica, sendo verificado principalmente por enfermeiros, já que o cuidado em saúde se constitui em uma atividade inerentemente moral, a qual abrange múltiplos atores, incluindo pacientes, familiares, acadêmicos dos cursos da saúde, médicos e demais profissionais da área. Ocorre quando o enfermeiro se sente impedido de agir conforme seus conhecimentos ou aquilo que considera eticamente correto, havendo uma dissonância cognitivo-emocional, podendo também ser ocasionado por situações relacionadas à natureza das atividades realizadas, desrespeito aos direitos dos pacientes ou por conflitos no ambiente de trabalho (RAMOS *et al.*, 2017).

O Distresse Moral vem sendo estudado em vários âmbitos na enfermagem mundial, como nas unidades de terapia intensiva, na saúde mental, na oncologia, em centros cirúrgicos, emergência, unidade de pacientes traumáticos, unidades pediátricas, (COHEN *et al.,* 2006; EDMONSON, 2010; AFT, 2011; MITTON *et al.*, 2011, BOHNENKAMP *et al.*, 2015, TROTOCHAUD *et al.*, 2015; VOGET, 2017; WOLF *et al.*, 2016).

Também é possível fazer levantamentos sobre o Distresse Moral na área educacional, com ênfase no trabalho dos docentes universitários, que são responsáveis por atualizações pedagógicas, questões administrativas, produzções científicas e diversos estressores ocupacionais que envolvem a profissão. Esse contexto de trabalho, pode acarretar no sofrimento moral e consequentemente comprometer a saúde do profissional e a qualidade do ensino (BARROS *et al.*, 2018).

No Brasil vêm sendo desenvolvidos estudos recentes sobre o Distresse Moral, a partir do ano 2000, com algumas variações de enfoques, desde revisões bibliográficas (SCHAEFER & VIEIRA, 2015), estudos de validação e ampliação da *Moral Distress Scale* (MDS) (BARLEM, 2012; BARLEM *et al.,* 2014; BARLEM & RAMOS, 2015; RAMOS *et al*., 2017), pesquisas quantitativas (DYO *et al.*, 2016; RAMOS *et al.,* 2019, TROMBETTA, 2017), pesquisas qualitativas (CARDOSO, 2015; CARDOSO *et al.*, 2016; CAÇADOR *et al.*, 2017; BARTH *et al.*, 2019), pesquisas quanti-qualitativas (BARTH, 2016), estudos metodológicos (RAMOS *et al.*, 2017; BARTH *et al.*, 2018), estudo reflexivo (RAMOS *et al.*, 2016), entre outros.

Dado o exposto, pode-se inferir que ainda são incipientes na literatura os estudos relacionados ao Distresse Moral, em especial de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde (APS), visto que o tema ainda é novo. Entretanto, sabe-se que o fato de os profissionais vivenciarem o Distresse Moral em seu cotidiano de trabalho gera consequências pessoais e profissionais, com repercussões biopsicossociais, cognitivas e comportamentais (SILVINO *et al.*, 2016).

Mediante o exposto, os desafios da prática profissional exigem dos enfermeiros expertise

para a tomada de decisão e enfrentamento de problemas, o que demonstra uma necessidade continuada de fortalecer a capacidade destes profissionais em lidar de forma positiva com a demanda ética da prática. A busca pelo processo educativo que acompanhe os profissionais de enfermagem e promova melhorias no ambiente de trabalho tem sido uma constante e a necessidade de garantir uma assistência de qualidade à população tem fomentado essa preocupação. Desta forma, a educação em saúde voltada para os enfermeiros merece maior atenção, uma vez que há necessidade de preparar estes profissionais para as mudanças no mundo e no contexto do trabalho, procurando-se conciliar as necessidades de desenvolvimento com a instituição e a sociedade (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Frente aos elementos expostos, o presente estudo objetivou discutir, a partir da literatura científica, as escalas para avaliação do Distresse Moral no contexto mundial e brasileiro.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa, que consiste em uma análise da literatura disponível sobre as escalas para avaliação do Distresse Moral no contexto mundial e brasileiro. Para obter conteúdos atualizados sobre o tema, utilizou-se os bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Cochrane Library; e as bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE, mediante os se-guintes termos: Estresse Psicológico; Ansiedade; Pesos e medidas.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos, teses e dissertações completas e disponíveis eletronicamente nos idiomas inglês, português e espanhol. E como critério de exclusão: textos repetidos, notícias, editoriais, relatos de experiência e estudos incoerentes ao questionamento da pesquisa.

Ao final da leitura das referências pesquisadas foram selecionados e fichados os conteúdos que corresponderam aos objetivos do estudo, de forma que o público alvo tivesse acesso às práticas baseadas em evidências. Com o material devidamente fichado, realizou-se a organização deste conteúdo em uma sequência lógica, para a apresentação de forma clara e abrangente.

Não se fez necessária a submissão pelo Comitê de Ética e Pesquisa, pois não houve envolvimento direto ou indireto com pessoas, nem foram coletados dados pessoais para realização do estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 1995 a pesquisadora americana Corley, estudiosa da temática do Distresse Moral cria uma escala capaz de verificar a intensidade e frequência do Distresse Moral - *Moral Distress Scale* (MDS). Este instrumento foi aplicado em 111 enfermeiros que atuavam na unidade de terapia intensiva e foi possível identificar níveis moderado a intenso de Distresse Moral nesses sujeitos. A fim de ampliar o instrumento, o mesmo foi adaptado para as unidades clínicas e cirúrgicas de dois centros hospitalares distintos, atingindo um total de 214 enfermeiros (CORLEY *et al.*, 2005).

Apontou-se no estudo que a causa de maior frequência e intensidade para o Distresse Moral estava relacionada em “trabalhar com níveis de pessoal que eu considero inseguro” e de menor frequência e intensidade “responder a pedido do paciente para a assistência à eutanásia, quando o paciente tem um prognóstico ruim”. Identificou-se ainda que, após a realização de uma conduta que levou a enfermeira a desenvolver o

Distresse Moral, esse ainda continuava manifestando os sentimentos vivenciados pela experiência da ação inadequada, resultando assim em um resíduo moral (CORLEY *et al.*, 2005).

Uma revisão sistemática com o objetivo de fazer um levantamento sobre as escalas de sofrimento moral em profissionais de saúde identificou 88 artigos qualitativos sobre a temática, com o primeiro registro em 2001 e o último em 2019. Sendo que 79% dos estudos utilizaram a MDS e obtiveram fatores semelhantes. Os resultados dos estudos apontam que esse instrumento é útil e apropriado para o ambiente clínico no qual se encontram os profissionais de saúde (GIANNETTA, 2020).

Na Suécia, um grupo de pesquisadores traduziu a *Moral Distress Scale* (MDS) para a língua sueca, excluindo 6 questões que não condiziam com a realidade sueca, e a aplicaram com enfermeiras em diferentes contextos hospitalares, cirúrgico, oncológico, ortopedia, doenças infecciosas e cuidados intensivos. Os resultados mostraram que esses profissionais relacionavam o Distresse Moral com maior intensidade e frequência à falta de recursos e profissionais competentes, e à realização de tratamentos que não eram necessários (SILÉN *et al.*, 2011).

Outros pesquisadores canadenses que também utilizaram a *Moral Distress Scale* (MDS) obtiveram resultados semelhantes, quando identificaram que os níveis mais altos de frequência e intensidade de Distresse Moral estavam relacionados a trabalhar com pessoal não capacitado (PAULY, 2009). Esses estudos apontam para a qualificação dos profissionais como aspecto essencial no desenvolvimento do Distresse Moral. No momento em que se depara com situações em que não se encontram capacitados para desenvolveram a ação adequada ao cuidado do paciente vivenciam o Distresse Moral. Assim, o Distresse Moral é intensificado quando o profissional vivencia uma situação na qual necessita tomar uma decisão, no entanto não a executa por não possuir conhecimentos adequados.

No cenário brasileiro, no ano de 2009, Barlem validou e traduziu o instrumento criado por Corley, por meio de sua aplicação em quatro hospitais com 136 enfermeiros, identificando a intensidade e frequência do sofrimento moral. No ano de 2012 o mesmo autor aplicou esse instrumento incluindo mais treze questões, com 247 profissionais de enfermagem de dois hospitais do sul do país, criando assim um modelo adaptado (BARLEM, 2012).

A versão brasileira adaptada de Corley ampliou os achados para a equipe de enfermagem, em torno de cinco constructos: falta de competência na equipe de trabalho, desrespeito à autonomia do paciente, condições de trabalho insuficientes, negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade e negação do papel da enfermagem como advogada do paciente (BARLEM *et al.*, 2014).

Com base nas discussões apresentadas, despontou-se o interesse por preencher uma lacuna – de construir uma escala brasileira de Distresse Moral em enfermeiros – uma vez que especificidades próprias dos serviços de saúde e da profissão de enfermagem, no Brasil, exigiam um olhar mais acurado sobre este contexto e profissionais. O desenvolvimento de um instrumento brasileiro para medir a intensidade e a frequência do Distresse Moral em enfermeiros, foi proposto para responder a uma necessidade e contribuir para ampliar a compreensão do tema numa vertente que considera os aspectos morais, o cenário político e social brasileiro, no qual a enfermagem em diferentes contextos de trabalho convive com diversos obstáculos na sua prática. Sob essa perspectiva, a Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros (EDME-Br) foi elaborada por

pesquisadores de três universidades federais do Brasil, entre os anos de 2014 e 2015 (RAMOS *et al.*, 2017).

Seu formato constitui-se por duas escalas *Likert* de seis pontos, uma medindo a intensidade de Distresse Moral, variando de 0 (nenhum) a 6 (para sofrimento muito intenso), e a outra medindo a frequência com que as situações de Distresse Moral ocorrem, variando de 0 (nunca) a 6 (muito frequente). Para complementar a avaliação do Distresse Moral na APS, algumas variáveis de cunho sociodemográfico e laboral para caracterização da amostra foram incluídas no início do instrumento, tais como: sexo, idade, região do país, tempo de atuação atual, tempo de formação, número de vínculo, identificação do vínculo considerado principal quanto ao tipo, nível de atenção e setor/ unidade, tempo de atuação e carga horária semanal (BARTH *et al.*, 2018).

A adaptação do instrumento contemplou as 55 questões de seu modelo original e mais duas questões elaboradas a partir da identificação de lacunas sobre a APS, uma em relação às vulnerabilidades sociais e a outra em relação às práticas educativas no âmbito da APS, totalizando 57 questões. Entretanto, a versão final do instrumento validado constou com 6 constructos constituídos por 46 itens.

O primeiro constructo, Políticas de Saúde, é inspirado em valores como, acesso do usuário, acolhimento, continuidade do cuidado, resolutividade das ações, práticas educativas, cuidado humanizado, segurança do paciente e do profissional, com o objetivo de fortalecer um sistema único de saúde, que prima por princípios como a equidade, igualdade, integralidade, resolutividade, participação social, regionalização, descentralização e hierarquização.

O segundo constructo, Condições de Trabalho, aborda situações que emergem da deficiência de estruturas físicas, equipamentos, materiais e recursos humanos. Essas são vislumbradas em diferentes cenários do contexto da enfermagem e, aliadas à baixa remuneração, ao aumento da jornada de trabalho e rígida hierarquia na equipe de saúde fortalecem a geração de sofrimento psíquico e má qualidade de assistência (PIRES *et al.*, 2016; WOLF *et al.*, 2016).

O terceiro constructo, Autonomia do Enfermeiro, é permeado por elementos relativos à visibilidade profissional, limitação na tomada de decisões, conflitos com outros membros da equipe de saúde para a tomada de decisão e desrespeito, por parte de superiores hierárquicos, quanto a condutas e privacidade profissional. A busca pela autonomia profissional deve ser pautada na delimitação de seu conhecimento de base científica, bem como na postura que o profissional toma à frente dos problemas apresentados em sua realidade. Destarte, a falta de autonomia e a desvalorização do profissional enfermeiro são fatores apontados como desencadeadores de Distresse Moral em outros cenários de atuação internacional, no qual estes fatores são influenciados pela posição de outros membros da equipe diante da conduta das enfermeiras e as regras institucionais impostas a estas (DYO *et al.*, 2016).

O quarto constructo, Competência ética profissional, foi elaborado por condições que apresentavam a omissão, a imprudência e o despreparo de enfermeiros e outras categorias profissionais perante as práticas de saúde. Nesse contexto, o cenário no qual esses profissionais atuam está em constante transformação de cunho organizacional, tecnológico ou de cargas de trabalho, implicando um agir ético constante (SCHAEFER & VIEIRA, 2015).

O quinto constructo, desrespeito à autonomia do usuário, agrupou trechos oriundos ao direito dos usuários perante a sua privacidade, escolha de conduta, sigilo, acesso à informação,

desvalorização de crenças e culturas e realização de condutas desnecessárias de cuidado. O sexto e último constructo, Sobrecarga de Trabalho, integrou questões iminentes à insuficiência de recursos humanos e o despreparo dos profissionais. Tais elementos foram evidenciados por causar danos à saúde dos profissionais e dos usuários, acarretando prejuízos na qualidade do cuidado e comprometendo a segurança do paciente; e por serem fatores que poderão desencadear o Distresse Moral nesses enfermeiros.

Portanto, a EDME-APS (Br) é um instrumento autoaplicável, que investiga o Distresse Moral em enfermeiros da Atenção Primária Brasileira, através de 6 constructos distribuídos em 46 itens, onde o entrevistado gradua a frequência e a intensidade desse Distresse Moral, no local de seu vínculo trabalhista principal.

Desse modo, no Brasil é recente o investimento da enfermagem neste tipo de pesquisa, mas já existem diversos instrumentos utilizados, alguns já validados por pesquisadores enfermeiros, especialmente para aplicação clínica, focados em fenômenos objetivos ou subjetivos do paciente, além de alguns voltados para aspectos do trabalho, de processos educacionais e de experiências e atitudes do próprio profissional (SILVA *et al.*, 2016; TIMM & RODRIGUES, 2016; ROSANELLI *et al.*, 2016).

Como a pesquisa com 373 docentes de enfermagem vinculados a 41 universidades públicas brasileiras, que utilizou a *Escala* de *Sofrimento Moral para Enfermeiros Docentes* (ESMED). Que apontou uma maior intensidade de sofrimento moral em profissionais que atuam também em programas de pós-graduação, devido à sobrecarga de trabalho relatada. Além disso, pontua sobre os maiores riscos de sofrimento para quem se encontros no início da carreira, pois pode ter mais dificuldade com conflitos habituais. E a relação de maiores riscos para mulheres, já que socialmente ainda desempenham papéis sociais diferentes dos homens (TOESCHER, 2020).

Independente da área de atuação, é necessário avaliar e prever condições de trabalho que permeiam possíveis casos de sofrimento moral. Pois, isso implica no bem-estar do profissional, bem como, nas suas atitudes no trabalho, desempenho e futuras intenções comportamentais. Para avaliar essa perspectiva foi validada a escala Moral Distress-Appraisal Scale com a participação de 406 profissionais da saúde. Que discutiu o sofrimento moral como um risco psicossocial no ambiente de trabalho, contribuindo para inserção do conceito nas práticas de saúde (BAELE & FONTAINE, 2021).

4. CONCLUSÃO

O presente estudo destaca que o Distresse Moral tem impacto abrangente e significativo no cotidiano do profissional, de forma que pode afetar sua saúde e serviço prestado. Com isso, é essencial estabelecer e aprimorar escalas que, a partir de variáveis confiáveis, evidenciem as particularidades e principais necessidades dos profissionais ao enfrentar diferentes condições de trabalho e dilemas éticos.

Ressalta-se que por se tratar de um tema que ainda tem pouca visibilidade, é necessário investir em pesquisas de curto e longo prazo, que reforcem a viabilidade das escalas validadas e criação de novas que venham abranger diferentes perspectivas e áreas. Isso facilitará o desenvolvimento de políticas e medidas para melhor avaliação, prevenção, monitoramento e resolução de casos. O que abre margem pra novos estudos de possíveis estratégias a serem adotadas individualmente e coletivamente pela equipe e gestores.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFT, S.L.K. Moral distress in medical surgical nurses. Cullowhee: Western Carolina University. Thesis (Masters of Science in Nursing). Faculty of the Graduate School of Western Carolina University, 2011. 75 p.

BAELE, C.A & FONTAINE, J.R.J. The Moral Distress-Appraisal Scale: Estudo de desenvolvimento e validação da escala. Journal of advanced nursing, v.77, p. 4120–4130, 2021.

BARLEM, E.L.D. Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão Foucaultiana [tese] Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, 2012. 202 f.

BARLEM, E.L.D. & RAMOS, F.R.S. Constructing a theoretical model of moral distress. Nursing Ethics. Lodon, v. 22, p. 608-615, 2015.

BARLEM, E.L.D. *et al*. Características psicométricas da Moral Distress Scale em profissionais de enfermagem brasileiros. Texto & Contexto Enfermagem., v. 23, p. 563-572, 2014.

BARROS, A.M. *et al*. The moral deliberation process of college nursing professors in view of moral distress. Nurse Education Today, v. 73, p. 71-76, 2019,

BARTH, P.O. *et al*. Situações geradoras de Distresse Moral em enfermeiras da Atenção Primária. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, p. 35-42, 2019.

BARTH, P.O. *et al*. Validação de um instrumento de distresse moral em enfermeiras da atenção primária à saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 26, 2018.

BARTH, P.O. Distresse moral em Enfermeiras da Atenção Básica Brasileira. [Tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2016. 82p.

BOHNENKAMP, S. *et al.* An Inpatient Surgical Oncology Unit's Experience with Moral Distress: Part I. Oncologist Nursing Forum., v. 42, p.308-10, 2015.

CAÇADOR, B.S. *et al.* Processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Enfermagem em Foco, v. 7, p. 22-26, 2017

CARDOSO, C.M.L. Vivência do sofrimento moral na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais. [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2015. 110 f.

CARDOSO, C.M.L. *et al*. Moral Distress in Family Health Strategy: experiences expressed by daily life. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, p. 89-95, 2016.

CAVALCANTE, G.A. *et al.* Desafios na implementação da Educação Permanente em Saúde e a enfermagem: revisão integrativa. Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais, v. 2, p. 29-42, 2017.

COHEN, J.S. *et al*. Ethical Dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. Clinical Journal of Oncology Nursing. v. 10, p: 775-782, 2006.

CORLEY, M.C. *et al.* Nurse moral distress and ethical work environment. Nursing Ethics, v. 12, p. 381-390, 2005.

DYO, M. *et al*. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and paediatric nursesby hospital setting. Intensive Critical Care Nursing. v. 36, p. 8. 2016.

EDMONSON, C. Moral Courage and the Nurse Leader. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. v. 15, p: 5-30, 2010.

GIANNETA, N. Instruments to assess moral distress among healthcare workers: A systematic review of measurement properties. International Journal of Nursing Studies, v, 111, 2020,

JAMETON, A. Nursing practice: the ethical issues. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.

MITTON, C. *et al.* Moral Distress Among Health System Managers: Exploratory Research in Two British Columbia Health Authorities. Health Care Anal, v. 19, p.107-121, 2011.

PAULY, B. Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate. Nursing Ethics. v. 16, p.561-573, 2009.

PIRES, D.E. *et al.* Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, 2016.

RAMOS, A.M. *et al*. Adaptação cultural e validação da Moral Distress Scale Revised para enfermeiros. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, p. 1011-1017, 2017.

RAMOS, F.R.S. *et al*. Construção da escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros - Um estudo Metodológico. Texto & Contexto Enfermagem., v. 26, 2017.

RAMOS, F.R.S. *et al*. Aspectos sociodemográficos e laborais associados ao distresse moral em enfermeiros brasileiros. Acta Paulista de Enfermagem, v. 32, p. 406-415, 2019.

RAMOS, F.R.S. *et al*. Effects of moral distress on nurses: integrative literature review. Cogitare Enfermagem, v.21, p.1-13, 2016.

ROSANELLI, C.L.S.P. *et al*. Adaptação transcultural do Caring Ability Inventory para a língua portuguesa. Acta Paulista de Enfermagem, v. 29, p. 347-354, 2016.

SCHAEFER, R. & VIEIRA, M. Ethical competence as a coping resource for moral distress in nursing. Texto & Contexto Enfermagem v. 24, p. 563-573, 2015.

SILÉN, M. *et al*. Lennart. Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. Journal of Clinical Nursing., v.20, p.3483–3493, 2011.

SILVA, I.C.S. *et al*. As novas tecnologias e aprendizagem: desafios enfrentados pelo professor na sala de aula. Revista Em Debate (UFSC), v. 16, p. 107-123, 2016.

SILVINO, M.C.S. *et al*. Vivências do sofrimento moral na equipe de enfermagem. Revista de Enfermagem UFPE, v. 10, 2016.

TIMM, M. & RODRIGUES, M.C.S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. Acta Paulista de Enfermagem, v. 29, p. 26-37, 2016.

TOESCHER, A.M.R. *et al*. Sofrimento moral e professores de enfermagem: uma análise de agrupamento. Ética de Enfermagem., v. 27, p.1157-1167, 2020.

TROMBETTA, A.P. Distresse Moral dos enfermeiros em unidade de pronto atendimento e emergências. [Tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2017. 220 p.

TROTOCHAUD, K. *et al*. Moral Distress in Pediatric Healthcare Providers. Journal of Pediatric Nursing, v. 30, p. 908-914, 2015.

VOGET, U. Professional Nurses'lived experiences of moral distress at a district hospital. [tese] -Faculty of Medicine and Health Sciences Stellenbosch University, 2017. 142 p.

WOLF, L. *et al*. "It's a burden you carry": describing moral distress in emergency nursing. Journal of Emergency Nursing, v. 42, p. 37-46, 2016.

CAPÍTULO 17

DISTRESSE MORAL VIVENCIADO POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

JAIRA DOS SANTOS SILVA[1]

LUCÍOLA GALVÃO GONDIM CORRÊA FEITOSA[2]

MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES[3]

INGRID RAQUEL LIMA VIEIRA[4]

ROBSPIERRY DE OLIVEIRA FERNANDES[5]

STÉPHANIE RAFAELE SANTOS GONÇALVES[6]

1. Mestra em Saúde da Família. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Docente do Curso Técnico de Enfermagem do Colégio Técnico de Floriano – CTF/UFPI.
2. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família/Centro Universitário UNINOVAFAPI.
3. Pós-Doutora pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.
4. Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Piauí.
5. Especialista em Urgência e Emergência. Enfermeiro do Hospital Universitário de Rio Grande-PR.
6. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Enfermeira do Hospital Universitário de Rio Grande-PR.

Palavras-chave: *Enfermeiros; Estresse Psicológico; Atenção Primária à Saúde.*

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) traduz o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como eixo central a unidade familiar e como *lócus* operacional, a esfera comunitária. Representa o ponto de atenção da rede com maior capilaridade na vida dos sujeitos, uma vez que se localiza no território onde os processos de viver, adoecer e cuidar são (re) construídos, reproduzidos e transformados. Portanto, está direcionada para as necessidades de saúde local, e tem o profissional enfermeiro como elo principal entre a comunidade e os serviços de saúde (CAÇADOR; RAMOS; BRITO, 2016).

Todavia, os enfermeiros que atuam nesse contexto enfrentam dilemas éticos peculiares, que decorrem desde dificuldades na gestão de recursos, condições de trabalho insuficientes, com sobrecarga de atividades e baixos salários, dificuldades de relacionamento interpessoal junto à equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, dentre outros. Tais problemas interferem diretamente na manutenção da qualidade da assistência e envolvem um pluralismo de valores éticos dos profissionais e de quem é assistido e, consequentemente, podem contribuir para um maior risco de eventos geradores de desgaste psíquico moral, dentre eles, o Distresse Moral (OLIVEIRA; SANTOS; TEIXEIRA, 2017).

A enfermagem é uma profissão fundamentada na ética, nos valores e no compromisso em ajudar aqueles sob seus cuidados, sendo caracterizada pela complexidade da assistência comtínua e pela proximidade nas relações com pacientes, familiares e outros membros da equipe de saúde. O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e parteiro e só é permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1987).

De acordo com Machado (2016), a área de saúde compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca de 50% atuam na enfermagem. Estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (2015), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem – COFEn, para determinar a realidade dos profissionais e subsidiar a construção de políticas públicas, evidencia que a enfermagem é composta por um quadro de 80% de técnicos e auxiliares e 20% de enfermeiros. Os resultados também apontam o desgaste profissional em 66% dos entrevistados e grande concentração da força de trabalho na Região Sudeste. No quesito mercado de trabalho, 59,3% das equipes de enfermagem encontram-se no setor público; 31,8% no privado; 14,6% no filantrópico e 8,2% nas atividades de ensino.

Nesse ínterim, ainda que interligada e complementada por outros saberes profissionais, a enfermagem surge como um papel social de extrema importância assumindo a linha de frente por desenvolver atividades assistenciais, administrativas e educativas, fundamentais à consolidação e ao fortaleci-mento do Sistema Único de Saúde- SUS. Diante dessa realidade na prática assistencial, a APS é apresentada como porta de entrada dos usuários e torna-se o eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), pois realiza a coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a fim de garantir a continuidade e a integralidade da assistência nos vários pontos de cuidado.

Diante dos elementos expostos, o presente estudo objetivou discutir, a partir da literatura científica, o Distresse Moral vivenciado pelo

profissional enfermeiro no contexto da Atenção Primária em Saúde.

2. MÉTODO

Para obter os conteúdos atualizados sobre o tema, foi realizado o levantamento bibliográfico em bases de dados e consulta à literatura disponível sobre o assunto (artigos científicos, teses e dissertações). As bases de dados utilizadas para o levantamento do conteúdo foram as seguintes: LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde); Cochrane Library; Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); mediante os termos: *Enfermeiros; Estresse Psicológico; Atenção Primária à Saúde*; combinados com operador booleano (AND). Todos os conteúdos foram pesquisados em textos completos e disponíveis eletrônicamente nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram excluídos do estudo: notícias, editoriais, relatos de experiência e estudos incoerentes ao questionamento da pesquisa.

Ao final da leitura das referências pesquisadas foram selecionados e fichados os conteúdos que corresponderam aos objetivos do estudo, de forma que o público alvo tivesse acesso às práticas baseadas em evidências. Com o material devidamente fichado, realizou-se a organização deste conteúdo em uma sequência lógica, para a apresentação de forma clara e abrangente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do conceito de ética e moral perpassa por análises semânticas e filosóficas. A ética está relacionada aos padrões de conduta moral, isto é, padrões de comportamentos relativos ao cliente, colegas de trabalho, familiares, amigos e outros. É saber o que é certo e o que é errado, e como agir diante das situações para chegar ao equilíbrio. Contudo, todas estas relações são moldadas por ideias, princípios, valores e conceitos que existem dentro de cada pessoa e que definem a maneira de agir, ou seja, que "aprovam" ou "desaprovam" suas ações e condutas. A moral, portanto, está intrínseca aos valores humanos e quando não se age de acordo com estes, surgem penalidades, seja pela sociedade, seja pela categoria profissional, dentre outros (AMBRÓSIO; LIMA; TRAESEL, 2019).

Nesse contexto, a Enfermagem caminha pela interdisciplinaridade e contribui para a promoção da saúde e prevenção de doenças, visando garantir uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, além de cumprir e fazer que se sejam cumpridos os preceitos éticos e as demais legislações que regulamentam a profissão. Cabe salientar também, que a Enfermagem tem um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos construídos e reproduzi-dos por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processam por meio do ensino, pesquisa e assistência (SILVA *et al.*, 2018).

Nesse cenário, alguns princípios são norteadores da ética na saúde, como o respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Assim, a autonomia está relacionada à liberdade de escolha do paciente; a beneficência, à prestação de benefícios ao paciente; a não maleficência, à prevenção de danos ao paciente e a justiça, à sociedade política que embasa o tratamento com o uso de recursos disponíveis de forma equitativa. Ademais, existem ainda quatro regras práticas que orientam o relacionamento entre profissionais da saúde e pacientes tais como, a confidencialidade, a privacidade do paciente, a veracidade, a qual envolve ações e crenças que se baseiam nos valores da verdade, rigor e honestidade e, por fim, a fidelidade ao promover a confiança do paciente no

profissional, de que este manterá os compromissos tácitos ou explícitos (ARMENDANE, 2018). No entanto, essas regras não conseguem dar conta dos conflitos e dilemas morais que esses profissionais enfrentam no exercício da profissão.

Portanto, a enfermagem está ligada intimamente com a ética e a moral, pois se encontra envolvida no bem-estar e nas condutas certas e erradas, isto é, na tomada de decisões. Se essas decisões não vão ao encontro dos seus preceitos, ou de alguma forma geram conflitos ou incertezas sobre o percurso correto a tomar, ocorre dor, angústia, sofrimento ético/moral. Assim, a ética pode ajudar a fazer escolhas justificadas com lógica e racionalidade, mas, para isso, é necessário reconhecer valores e refletir sobre eles, levando em conta que todas as normas e princípios orientadores devem estar bem fixados na consciência. Logo, é imperativo prezar pelos princípios éticos da enfermagem, que, por sua vez, fornecem informações necessárias para que sejam tomadas condutas adequadas evitando atitudes errôneas que possam comprometer o profissional e a categoria.

Nessa perspectiva, o conceito de sofrimento ético nasce dentro da abordagem da Psicodinâmica do Trabalho, cujo teórico fundador e mais conhecido é Christophe Dejours. A primeira menção ao termo ocorreu em 1999, no livro A Banalização da Injustiça Social e, no mesmo ano, no artigo *Violence* ou *domination*? O autor salienta que a Psicodinâmica do Trabalho é uma disciplina clínica e teórica, que busca conhecer e descrever as relações entre trabalho e saúde mental, assim como relacionar esses resultados às teorias científicas. Nesse sentido, o sofrimento ético se caracteriza como aquele experimentado quando o profissional comete negligência ou compactua com atos com os quais não concorda e condena moralmente (DEJOURS, 2006).

Da mesma forma, o sofrimento ético pode ser assemelhado ao conceito de sofrimento moral, amplamente pesquisado no âmbito dos profissionais de enfermagem. O Sofrimento Moral na prática da enfermagem foi descrito inicialmente, na década de 80 do século passado, por Jameton (1984), podendo ser expresso como o sofrimento decorrente da incoerência entre as ações das pessoas e suas convicções. Desse modo, a pessoa sabe o que é correto, mas é quase impossível executar essa ação, podendo contribuir para essa situação os erros de julgamento, as falhas pessoais, as fraquezas de caráter ou mesmo circunstâncias alheias ao controle pessoal (CARDOSO, 2015). Todavia, o termo Sofrimento Moral está em risco permanente de confusão conceitual, devido à variabilidade das definições do conceito na literatura e à ausência de clareza conceitual. Por conseguinte, neste estudo, Angústia, Sofrimento moral ou Distresse moral são tratados como um mesmo fenômeno, adotando-se, preferencialmente o termo Distresse moral, devido aos estudos conceituais recentes, desenvolvidos por pesquisadores de grupos de estudo PRÁXIS/UFSC, NEPS /FURG e NUPAE/UFMG.

A ideia de Distresse está muito ligada à evolução do conceito de estresse. Os diferentes fatores estressantes poderiam induzir formas benéficas e/ou danosas de estresse (eustresse e distresse, respectivamente). A incapacidade para superar a vivência de experiências estressantes desgasta o indivíduo, afetam o seu bem-estar físico e psicológico, o que constituiria o distresse. O distresse é, portanto, considerado um dos indicadores de saúde mental mais importante para rastreamento de vulnerabilidade ao desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns, a exemplo dos transtornos de ansiedade e depressão (FARO, 2015).

Na enfermagem, Jameton (1984) foi o precursor das discussões relacionadas à temática

no século XX e, definiu o Distresse Moral como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos, como dor e angústia, que ocorrem quando os enfermeiros sabem o que deveria ser realizado, mas devido a barreiras institucionais, falta de tempo, relutância de chefias, constrangimentos legais, políticas de instituições de saúde e relacionados ao poder médico, não exercem as suas funções conforme seus preceitos morais (JAMETON, 1984).

Este conceito primário é reformulado nos anos subsequentes pelo mesmo autor, no qual descreve o Distresse Moral em duas formas distintas: angústia inicial e reativa. A angústia inicial surge quando o profissional apresenta sentimentos de raiva, dor, medo e aflição, vivenciados em um primeiro momento do comtraste com seus valores e preceitos; a persistência desses sentimentos, após a sua vivência é identificada como angústia reativa. A angústia inicial pode muitas vezes se tornar reativa, seja pela falta de suporte da equipe, da instituição ou do próprio profissional em saber lidar com situações conflituosas. A angústia reativa surge quando o profissional não consegue lidar com a angústia inicial (JAMETON, 1993).

Partindo do conceito apresentado por Jameton em 1984, Judith Wilkinson, desenvolveu entre 1987/1998 a primeira pesquisa empírica com enfermeiras de 24 hospitais, onde emcontrou como resultados três (3) situações geradoras de distresse moral: 1) Realizar tratamentos fúteis; 2) Restrições internas e externas, como restrições burocráticas e falta de autonomia; 3) As enfermeiras desenvolvem distresse moral não somente por não conseguirem desenvolver a ação correta, mas por desenvolverem a ação errada (MCCARTHY; GASTMANS, 2015).

A partir desses estudos precursores, Barlem e Ramos (2015) atualmente conceituam o Distresse moral como a experiência em que o enfermeiro tem consciência da ação moral correta a ser tomada, porém por não conseguir realizar uma ação moral devido a obstáculos institucionais e/ou conflitos com outros indivíduos, pode realizar ações moralmente incorretas/ inadequadas. Os autores expressam que a incerteza moral é ontológica e inerente à condição humana e vida social. À vista disso, a incerteza pode ser vivida pelos enfermeiros, quando esses não estão capacitados para alguma ação ou quando não conseguem identificar o percurso correto a seguir; não existe o conflito entre dois ou mais caminhos a seguir, mas sim a dificuldade em identificar esses caminhos.

Desde então, o conceito de Distresse Moral vem sendo debatido nos últimos 30 anos em diversas áreas de atuação do enfermeiro como, atenção básica, gestão, docência, unidades de terapia intensiva e serviços de urgência e emergência. O Distresse Moral aparece descrito na literatura de enfermagem como um problema ético que afeta os profissionais em todas as áreas do sistema de saúde, apresentando como característica uma ameaça à integridade dos enfermeiros e da qualidade da assistência prestada ao paciente. Existe um consenso de que o Distresse Moral perpassa pelo emocional, físico e psíquico do enfermeiro, a partir das restrições e constrangimentos gerados pela omissão ou não realização da ação adequada. Nesse sentido, o Distresse Moral pode aparecer de diversas formas para cada ser humano, pois esse possui valores singulares, que permeiam suas ações e consciência (JOHNSTONE; HUTCHINSON, 2015).

Diante do exposto, o Distresse Moral pode ser vivenciado pelo enfermeiro em diferentes situações, sejam relacionadas ao paciente, ou entre os membros da equipe de saúde e o gestor da unidade ou centro de saúde, quando identificam a ação ou percurso correto a ser tomado e

por inúmeros motivos acabam realizando-a de forma contrária (RAMOS *et al.*, 2016).

Os sentimentos gerados pela vivência do Distresse Moral podem acarretar consequências emocionais, físicas, psicológicas, dentre outras. As manifestações mais comuns do Distresse Moral são o mal-estar físico, a insatisfação, a frustração, o estabelecimento de relação impessoal e o distanciamento do paciente. Como consequências organizacionais são comuns: maior rotatividade de pessoal, afastamentos, mudança de ambiente de trabalho, abandono da profissão e pedidos de demissão, além de potencial interferência nos resultados dos pacientes e na qualidade do cuidado prestado (SCHAEFER; ZOBOLI; VIEIRA, 2018).

Destarte, estudo realizado sobre as situações geradoras de Distresse Moral em enfermeiros da Atenção Primária em Saúde aponta para diversos fatores desencadeantes do Distresse moral, tais como: fatores intrínsecos ao cotidiano do profissional; falta de condições e organização do processo de trabalho; conflitos presentes nas relações interpessoais (usuário, comunidade, profissionais de saúde); e conflitos relacionados à gestão de serviços e do sistema de saúde. O estudo conclui que a falta de condições e organização do trabalho implicam na sobrecarga, alta demanda de usuários, falta de recursos diversos, como estrutura física, medicamentos e recursos humanos. Também foram apontadas como fatores de Distresse Moral, a falta de qualificação profissional e a ausência de continuidade do cuidado (BARTH *et al*., 2019).

Logo, frente à constatação das implicações do Distresse Moral para a vida dos enfermeiros nas dimensões pessoal e profissional, é importante e necessária a implementação de estratégias que fortaleçam o ambiente ético organizacional e a valorização e o reconhecimento do trabalho do enfermeiro na instituição. Tais ações contribuem para o bem-estar e o adequado provimento de cuidados aos usuários dos serviços de saúde, assim como para a ampliação do diálogo colaborativo com outros profissionais da equipe de saúde, de modo a assegurar a continuidade do cuidado em Enfermagem.

A propósito disso, convém destacar a importância do reconhecimento dessa situação pelos profissionais enfermeiros. Assim, com vistas a colaborar para o melhor entendimento sobre o assunto, foi construído e validado o *poscast*: Distresse Moral em Enfermeiros da Atenção Primária em Saúde, em 2020, pelas autoras Silva; Feitosa; Fernandes *et al.* (2021), o qual pode ser acessado gratuitamente pela plataforma *youtube,* no endereço: https://www.youtube.com/watch?v=VZoqkZMWF-U.

Estudo realizado com 13 enfermeiros, cujo objetivo era analisar a prática profissional de enfermeiros sob o prisma da ética, em um hospital privado acreditado, evidenciou que diante da burocratização dos processos de acreditação, bem como a necessidade de manutenção e sobrevivência da organização em contextos de escassez de recursos, é possível que ocorra o redirecionamento da prática do enfermeiro para o foco da legalidade e normas vigentes, buscando a "perfeição legal" e relegando ao segundo plano, o "*ethos*" profissional. Tal situação descaracteriza a prática do enfermeiro, impedindo o alcance do bem interno. Pressupõe-se, pois, a existência de conflito entre a busca do "bem interno" na prática pelo enfermeiro e a busca da excelência pela instituição, propiciando sofrimento moral. Como uma das barreiras para o enfermeiro desenvolver sua prática no contexto hospitalar pode ser citado o excesso de trabalho burocrático, que impede o enfermeiro de realizar a prática que considera moralmente adequada, isto é, o cuidado direto ao paciente, vivenciando o sofrimento moral. Como consequência, este identifica prejuízos

na qualidade do cuidado prestado (CARAM; BRITO; PETER, 2019).

Corroborando com o exposto, Nora; Zoboli; Vieira (2017) analisando a sensibilidade moral de enfermeiros da APS, constatou que os enfermeiros apresentaram uma média de sensibilidade moral de 4,5 (de 7). As dimensões com maior sensibilidade moral foram: orientação interpessoal, conhecimento do profissional, conflito moral e significado moral, o que remete a uma reflexão sobre a sensibilidade moral que os enfermeiros vão adquirindo com o passar dos anos de atuação na APS, quando acontecimentos éticos antes despercebidos pela falta de sensibilidade moral, agora os remetem a um Distresse Moral, pela identificação do problema ético e moral e a sua não resolução.

Assim, pode-se inferir que cotidianamente os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros, em suas relações de trabalho, estão susceptíveis ao Distresse Moral. Essas relações tornam-se desafiadoras, pois muitas vezes são caracterizadas por pessoas de diferentes atitudes, qualidades e valores. Desse modo, cabe aos enfermeiros rever os seus valores éticos e morais, buscar o diálogo no ambiente de trabalho e planejar um cuidado de enfermagem com qualidade, a fim de prevenir ocorrências de Distresse Moral e obter o equilíbrio na tomada de decisões frente às situações éticas.

Silveira e colaboradores (2016) em investigação realizada para identificar a frequência e a intensidade de sofrimento moral vivenciado por enfermeiros de competência gerencial e fiscalzatória nos departamentos de fiscalização do Brasil, constatou que as maiores frequências e intensidades de Distresse Moral nos enfermeiros estavam associadas às dificuldades no processo de fiscalização, insuficiência de recursos humanos, relações profissionais conflituosas e falta de autonomia do profissional.

Desse modo, associa-se a vivência de Distresse Moral principalmente à organização do ambiente de trabalho, que não privilegia espaços de discussão, problematização, reflexão e valorização das situações vivenciadas no cotidiano do profissional de enfermagem e que podem demandar, continuamente, estratégias de enfrentamento destes trabalhadores. Melhores condições de trabalho, ações de educação permanente nos serviços de saúde, autonomia nas tarefas da Enfermagem e maiores renumerações podem contribuir para o enfrentamento do Distresse Moral e, consequentemente, para melhoria da qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente.

Pesquisa com vistas a compreender as práticas exercidas pelos enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) direcionadas às pessoas em situações de finitude da vida e a relação com o sofrimento moral, apontou uma série de dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, dentre as quais podem ser destacadas a inexperiência profissional, o lidar com o sofrimento do paciente e da família, a falta de trabalho colaborativo entre a equipe e, principalmente, o não envolvimento dos enfermeiros nas tomadas de decisões (COSTA; GUIMARÃES; BALIZA *et al*., 2017).

A partir destes achados fica evidente que explorar os problemas éticos vivenciados por enfermeiros de UTIs constitui difícil tarefa, tendo em vista que essas situações não são refletidas ou compreendidas em sua integralidade, dada a dificuldade humana em lidar com as questões de finitude, comprometendo o cuidado ao cliente. É notório que o contato intenso com o paciente em unidades intensivas e a constante apreensão sobre a mudança do seu quadro clínico é determinante para gerar uma atmosfera de estresse, bem como exige do enfermeiro julgamento e ação acerca destas situações conflitantes e dilemáticas. Portanto,

reconhecer a dimensão ética dos problemas implicados na abordagem do paciente em situação de final de vida torna-se determinante para que possam ser traçadas as estratégias de enfrentamento ao Distresse Moral (PAGANINI; BOUSSO, 2015).

Mediante o exposto, ao se dirigir o foco para as consequências, enfrentamentos e superações do Distresse Moral, amplia-se sua abordagem, de simples fenômeno para um processo que envolve a deliberação moral, ou seja, o momento de efetuar a ação, de passar da incerteza e do problema/dilema para a escolha. Para Zoboli (2016), o processo de deliberação moral é uma ferramenta para tomada de decisões prudentes em situações conflitantes e de incertezas que envolvem os princípios morais e éticos e que, precisam se desenvolver por meio de relações dialógicas e compartilhadas entre a equipe multidisciplinar, buscando a melhor solução para o problema ou conflito a partir da troca de saberes e do respeito à posição e argumentos de todos os envolvidos.

Nessa perspectiva, torna-se imperativo que os profissionais de enfermagem desenvolvam rotineiramente hábitos, habilidades e competências deliberativas para aprimorar a qualidade da atenção nos serviços de saúde, pois dessa forma a deliberação moral estaria sendo efetivamente utilizada como uma estratégia de enfrentamento do Distresse Moral e, consequentemente, diminuição da sua frequência e intensidade.

Frente às discussões apresentadas, o estudo destaca como marco analítico conceitual os conceitos descritos anteriormente e aprofundados em discussões de pesquisadores dos grupos de estudos PRÁXIS/UFSC, NEPS/FURG e NUPAE/UFMG, conforme apresentado na **Figura 17.1** abaixo.

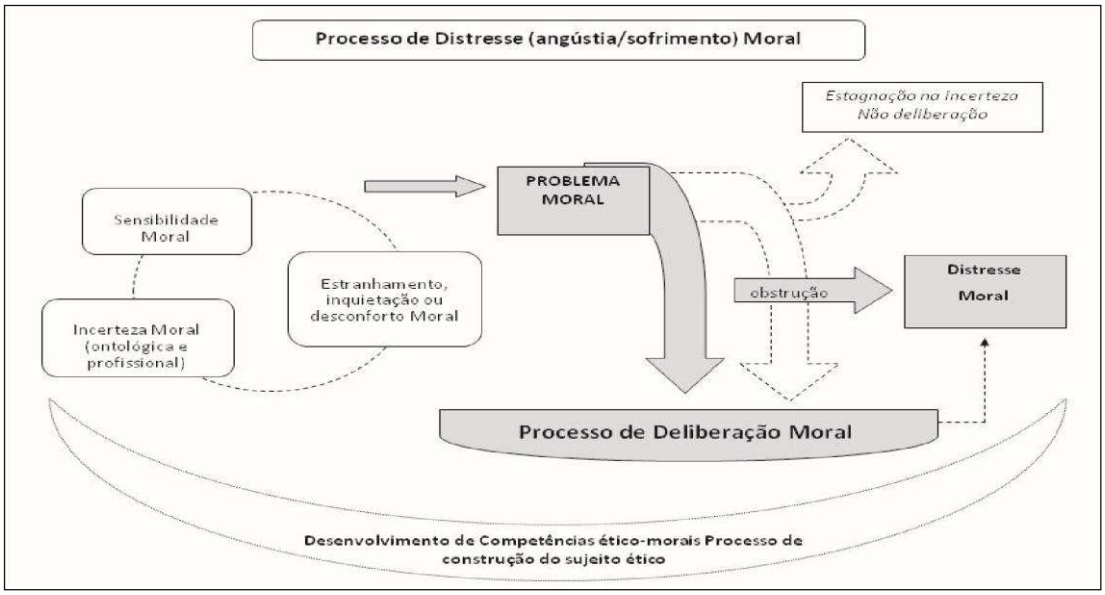
Com um novo olhar é apresentado um marco conceitual brasileiro proposto por Ramos *et al*. (2016), o qual aponta o Distresse Moral como um construto processual, que engloba elementos que articulam a experiência ética, tais como, o problema moral, a incerteza moral, a sensibilidade moral, a inquietação moral, a deliberação moral e as competências éticas profissionais. Dado o exposto, o problema moral é o ponto de partida do Distresse Moral, haja vista que, não há Distresse Moral sem o sujeito estar de frente a um problema que lhe exige posicionamento. Os autores consideram que é possível ocorrer DM após a tomada de decisão e antes da ação ser concretizada, especificamente na etapa de avaliação, quando se reavalia os resultados obtidos, numa perspectiva de maior afastamento e de reflexão crítica sobre a deliberação moral desenvolvida (RAMOS *et al.,* 2016).

O delineamento deste marco conceitual constitui um grande avanço, por conseguir abordar o Distresse Moral como processo que consegue articular diversos conceitos ou experiências morais. Ainda, tais conceitos são fundamentais por possuírem profunda implica-ção com o desenvolvimento de competências morais fato este evidenciado atualmente nos discursos pedagógicos e profissionais, como no desenvolvimento contínuo ao longo da vida e do trabalho e como requisitos para a boa prática profissional em enfermagem (RAMOS *et al.*, 2016).

Por conseguinte, para que ocorra o reconhecimento do problema, é necessário que o enfermeiro esteja empoderado de alguns elementos que antecedem o reconhecimento do problema: sensibilidade moral, incerteza moral e estranhamento ou inquietação ou desconforto moral. Ramos *et al*.(2016) afirmam que a sensibilidade moral é a capacidade de percepção diferenciada, um refinamento, educação ou instrumentalização da percepção que se remete a questões morais exercitadas, promovidas e

ampliada pela experiência , caracterizando-se como habilidade em reconhecer problema ético ou a dimensão ética de uma situação, mesmo quando não há um conflito aparente, sendo um elemento indispensável para que o problema moral seja percebido e se tornado objeto de questionamento ou crítica.

Figura 17.1 Marco conceitual para a análise do processo de Distresse Moral. Teresina, PI, 2022.



Fonte: Ramos *et al*., 2016.

A incerteza moral é caracterizada por estimular a sensibilidade e a consciência dos próprios limites e é contrária ao conforto, elimina a dúvida e a possibilidade a outras perspectivas e possíveis respostas. É a insegu-rança quanto à moralidade da ação realizada ou dificuldade em definir uma ação como correta. O desconforto moral é visto como um elemento de inquietação em relação às práticas rotineiras e de estranhamento em relação a posições, atitudes ou modos de agir (RAMOS *et al.*, 2016). A partir do reconhecimento de problemas morais, este modelo produz algumas derivações que irão desencadear o processo de Distresse Moral.

Os estudiosos supramencionados descrêvem que o processo pode desencadear três possíveis trajetórias (**Figura 17.1**): (1) A estagnação na incerteza, que apresenta como característica a não deliberação por parte do profissional, no qual não adota um posicionamento ético-moral e não enfrenta o problema; (2) O processo de deliberação moral, este em sua totalidade diz respeito à identificação do problema; reflexão sobre quais caminhos seguir; revisar critérios e possibilidades e efetivar a ação, escolhendo um caminho e; (3) A incompletude da deliberação moral, que se caracteriza pela presença de obstáculos que impedem o curso adequado/efetivação da ação mais adequada através do juízo que o profissional julga ser mais adequado. Enfim, essa possível trajetória é a que mais se assemelha ao conceito de Distresse Moral apresentado pela literatura, conforme já abordado (RAMOS *et al*., 2016).

Convém ressaltar que, por meio do conhecimento de um modelo conceitual de Distresse Moral por profissionais de enfermagem, é possível identificar situações cotidianas que aparentemente parecem normais,

porém se tornam armadilhas ou obstáculos nos processos de deliberação moral. Consequentemente, é necessário que ocorra um exercício constante de estranhamento com situações rotineiras, questionando suas instituições, identificando os motivos pelos quais as situações se apresentam como obstruções aparentemente instransponíveis e até mesmo os motivos que os levam ou não a deliberação moral.

4. CONCLUSÃO

Acredita-se que os achados desta pesquisa contribuam para o estabelecimento de novas discussões no campo da ética/moral em enfermagem na Atenção Primária em Saúde - APS, em especial, na criação de estratégias que fortaleçam a atuação do enfermeiro e no aprimoramento de ações que promovam a transformação das ações em saúde, por meio de diálogos e questionamentos. Ademais, os resultados deste estudo oferecem informações contextuais que possibilitam pensar em novas tecnologias do cuidado em saúde e enfermagem, no âmbito dos serviços de saúde, colaborando para o crescimento e fortalecimento da enfermagem enquanto arte, ciência e profissão.

Espera-se que essa breve reflexão sirva para despertar a visão crítica dos profissionais enfermeiros sobre sua atuação enquanto trabalhadores da saúde que também necessitam serem cuidados e apoiados em suas práticas, sejam elas assistenciais educativas ou gerenciais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMBRÓSIO, Erika Gonçalves; LIMA, Vanessa Matos; TRAESEL, Elisete Soares. Sofrimento ético e moral: uma interface com o contexto dos profissionais de enfermagem. Revista Trabalho (En) Cena., Palmas, v.4, n. 1, p. 258-282, 2019.

ARMENDANE, Geraldo das Dôres de. Por um cuidado respeitoso. Revista Bioética, Brasília, v. 26, n. 3, p. 343-349, Dec. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000300343&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 ago. 2019.

BARLEM, Edison Luiz Devos; RAMOS, Flávia Regina Souza. Constructing a theoretical model of moral distress. Nursing Ethics. Lodon, v. 22, n. 5, p. 608-615, Aug. 2015. Disponível em<http://nej.sagepub.com/content/early/2014/10/31/0969733014551595>. Acesso em 27 ago. 2019.

BARTH, Priscila Orlandi *et al.* Situações geradoras de Distresse Moral em enfermeiras da Atenção Primária. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 72, n. 1, p. 35-42, fev. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100035&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 jun. 2019.

CAÇADOR, Beatriz Santana; RAMOS, Flávia Regina de Souza; BRITO, Maria José Menezes. Processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 7, n. 3/4, p. 22-26, fev. 2016.

CARAM, Carolina da Silva; BRITO, Maria José Menezes; PETER, Elizabeth. Acreditação Hospitalar: a excelência como fonte de Sofrimento Moral para enfermeiros. Enfermagem em Foco., v.9, n.1, p. 31-35, 2019.

CARDOSO, Cecília Maria Lima. Vivência do sofrimento moral na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2015. 110 f.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – Decreto nº 94.406/87 - Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. 1987.

COSTA, Marcella Rodrigues; GUIMARÃES, Isabela Teixeira Rezende; BALIZA, Michelle Freire *et al.* Sofrimento moral dos enfermeiros em situações de final de vida, em Unidades de Terapia Intensiva. Revista de Enfermagem UFPE on line. Recife, v.11, n. 9, p.3607-16, set. 2017.

DEJOURS, Christophe. O trabalho entre sofrimento e prazer. In: DEJOUURS, Christophe. A banalização da injustiça social. (7 ed., Cap. 2, p. 27-36). Rio de Janeiro: editora FGV, 2006.

FARO, André. Estresse e distresse: estudo com a escala de faces em Aracaju (SE). Temas em psicologia, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 341-354, jun. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 ago. 2019.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. In: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. 2015. Pesquisa inédita traça perfil da Enfermagem.

JAMETON, Andrew. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. AACN Clinical Issues, Philadelphia, v. 4, n. 4, p. 542-451, 1993.

JAMETON, Andrew. Nursing practice: the ethical issues. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.

JOHNSTONE, Megan Jane; HUTCHINSON, Alison. 'Moral distress'–time to abandon a flawed nursing construct? Nursing Ethics, London, v. 22, n. 1, p. 5-14, 2015.

MACHADO, Maria Helena *et al.* Aspectos gerais da formação da Enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. Enfermagem em Foco, v. 7, p. 15-34, jan. 2016.

MCCARTHY, Joan; GASTMANS, Chris. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. Nursing Ethics. Vol.22, n.1, p.131-52, 2015.

NORA, Carlise Rigon Dalla; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; VIEIRA, Margarida M. Sensibilidade moral de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 70, n. 2, p. 308-316, Apr. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 jun. 2019.

OLIVEIRA, Roberta; SANTOS, Jaime Ferreira Lima; TEIXEIRA, Enéas Rangel; CURSINO, Emília Gallindo. Study of interpersonal human relations at work among nursing professionals: an integrative review. Revista de Enfermagem da UERJ [Internet].v.25, p.e26393, 2017.

PAGANINI, Maria Cristina; BOUSSO, Regina Szylit. Nurses' autonomy in end-of-life situations in intensive care units. Nursing Ethics. v.22, n.7, p.803-14, 2015.

RAMOS, Flávia Regina Souza *et al.* Effects of moral distress on nurses: integrative literature review. Cogitare Enfermagem, v.21, n.2, p.1-13, 2016. Disponível em< http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.45247>. Acesso em 24 jun.2019.

SCHAEFER, Rafaela; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; VIEIRA, Margarida. Sofrimento moral em enfermeiros: descrição do risco para profissionais. Texto contexto - enfermagem, Florianópolis, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jun. 2019.

SILVA, J.S.; FEITOSA, L.G.G.; FERNANDES, M.A.; *et al.* Distresse moral em enfermeiros da atenção primária à saúde: Construção e validação de *podcast*. In: FREITAS, G.B.L. Saúde do trabalhador – Políticas, Intervenções e Pesquisa. 1.ed. Paraná: Pasteur, 2021. p.33-43.

SILVA, Terezinha Nunes da *et al*. Vivência deontológica da enfermagem: desvelando o código de ética profissional. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 71, n. 1, p. 3-10, Feb. 2018. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 ago. 2019.

SILVEIRA, Luciana Ramos et al. Sofrimento moral em enfermeiros dos departamentos de fiscalização do Brasil. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 454-462, Aug. 2016. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000400454&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 jun. 2019.

ZOBOLI, Elma. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. Revista Iberoamericana de Bioética, [S.l.], n. 2, oct. 2016.

CAPÍTULO 18

BENZODIAZEPÍNICOS: USO INDISCRIMINADO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO

Uma revisão não sistemática de literatura

GUILHERME GALVONE FONSECA COSTA[1]

GUSTAVO SALMAN ROSA[1]

IGOR NUNES GOULART[1]

1. Discente - Curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Palavras-chave: *Benzodiazepínicos; Dependência; Abstinência.*

1. INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos (BZD) são medicamentos que podem ser usados em várias funções, como sedativos, ansiolíticos, hipnóticos e anticonvulsivantes. É uma classe de medicamentos que se iniciou e difundiu no início dos anos 1960, com o clordiazepóxido sendo o primeiro exemplar no mercado (CORREIA *et al*., 2014).

Segundo o livro de Farmacologia de RANG E DALE, 2016, o mecanismo de ação dos BZD é aumentar a liberação de GABA (Ácido gama-aminobutírico), sendo o principal inibidor do sistema nervoso central (SNC), os BZD interagem com os receptores BZDs, encontrados apenas no SNC, facilitando a abertura dos canais de cloreto, desencadeando uma hiperpolarização da membrana neuronal e como resultado reduzindo a excitabilidade.

O uso disseminado de benzodiazepínicos é um problema de saúde pública não somente no Brasil, mas também como em outros países da América Latina. O uso de BZD de forma prolongada pode trazer certos efeitos indese-jados, entre eles lentificação da atividade psicomotora, dependência, interação medicamentosa com outros fármacos e amnésia. De acordo com o estudo da FEGADOLLI (2017), no Brasil, a grande maioria das prescrições de BZD é realizada em serviços de atenção primária para o tratamento da insônia e ansiedade.

A dependência em BZD e seu uso indiscriminado é um tema importante de se estudar no contexto da saúde mental, visto que incide no panorama da saúde pública. Assim, como todo mecanismo de dependência, existem os conceitos de tolerância e abstinência, que serão tratados no decorrer do trabalho. O tratamento da dependência em BZD e estratégias para diminuição do seu uso serão discutidas no decorrer do trabalho.

O objetivo do capítulo é fazer uma discussão sobre o tema do uso indiscriminado de benzodiazepínicos e suas implicações sobre a saúde mental.

2. MÉTODO

O presente estudo é uma revisão de literatura realizada entre novembro de 2021 e março de 2022, por meio de referências teóricas retiradas de livros didáticos e das bases de dados PubMed, SciELO, Repositório Digital LUME, Nescon, publicados entre os anos 1994 e 2021 nos idiomas português e inglês. Os descritores aplicados foram “benzodiazepínicos”; “dependência"; “abstinência”. Essa busca resultou em 30 artigos selecionados que, posteriormente, passaram por um processo de seleção. A metodologia para a escolha dos artigos baseia-se em autores idôneos, referendados no meio médico, principalmente, no contexto da saúde mental.

Os critérios de inclusão foram artigos nos idiomas inglês e português, publicados no período de 1994 e 2021. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados apenas na forma de resumos, que não abordavam diretamente a proposta. Após os critérios de seleção restaram 14 artigos que foram submetidos a leitura minuciosa para coleta de dados. Além dos artigos, foram incluídos 1 capítulo de livro, 2 teses e dissertações nas referências. Os resultados serão apresentados de forma descritiva seguindo a ordem: Farmacologia e principais indicações de benzodiazepínicos; Uso prolongado de benzodiazepínicos; Benzodiazepínicos no SUS; Dependência, Tolerância e Síndrome de Abstinência; Tratamento da Dependência.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Farmacologia e principais indicações de benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são medicamentos que atuam de forma seletiva nos receptores GABA, esses que por sua vez são responsáveis pela inibição sináptica do sistema nervoso central. Os benzodiazepínicos irão aumentar a resposta GABAérgica, o neurotransmissor irá se ligar ao seu receptor específico e desencadear a abertura dos canais de cloro (RANG E DALE, 2016). Com a abertura dos canais de cloreto irá desencadear uma hiperpolarização da membrana neuronal, funcionando como um freio do sistema nervoso central, reduzindo a excitabilidade e dessa forma gerando alterações das habilidades cognitivas e motoras do paciente (MOREIRA, 2019).

Por atuar no receber GABA, os BZDs funcionam como moduladores do SNC, gerando alguns efeitos, entre eles estão a redução da ansiedade, indução do sono (hipnóticos), redução do tônus muscular, efeito anticonvulsivante e amnésia retrógrada. Cada efeito será melhor elucidado abaixo (RANG E DALE, 2016).

Redução da ansiedade, podendo ser utilizado em crises de ansiedade aguda, durante a realização de procedimentos desconfortáveis como a endoscopia digestiva alta, em situações de comportamentos agressivos e inesperados relacionados a agressão e violência, além de ter utilização antes de cirurgias médicas e dentárias e como indutor anestésico em procedimentos de maior escala (RANG E DALE, 2016). Podem ser utilizados também como tratamento do transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo compulsivo, abstinência de álcool (ARAÚJO, 2015).

Outra ação dos BZDs é uma redução do tônus muscular, pela ação central do receptor GABA, com estímulo medular haverá uma diminuição desse tônus, gerando mais conforto ao paciente. Em certas situações decorrentes de estresse e consequentemente um aumento do estado de ansiedade o paciente sente muita dor, desconforto e perda de coordenação de seus movimentos, logo o uso de BZDs reduz o tônus muscular, melhora os sintomas de dores e melhora da coordenação de seus movimentos, em casos de uso excessivo ou dose incorreta aplicada o indivíduo pode perder controle da musculatura diafragmática e sofrer uma insuficiência respiratória (RANG E DALE, 2016).

Efeitos anticonvulsivantes, controle de convulsões e crises epilépticas, entre os medicamentos mais indicados para uso na crise epiléptica e para controle do mal epiléptico estão o Diazepam e o Lorazepam, diminuindo os disparos do sistema nervoso central, reduzindo o tônus muscular e as contrações musculares excessivas, muitas das vezes lesivas (MOREIRA, 2019).

Segundo Moreira (2019), BZDs tem como um de seus efeitos a amnésia retrógrada. O indivíduo não retém as memórias durante o efeito do medicamento, logo em procedimentos cirúrgicos o paciente não irá se lembrar do decorrer da cirurgia. Um de seus usos de maneira indevida é a utilização de Flunitrazepam, que quando ingerido pode ter um efeito hipnótico muito forte e amnésia retrógrada associada, dessa forma em crimes a vítima não possui memórias do acontecimento (RANG E DALE, 2016).

Segundo MOREIRA (2019), os BZDs possuem uma capacidade de ligação à albumina, o que facilita seu acúmulo no tecido adiposo e faz com que essa lipossolubilidade o confira a capacidade de penetrar na barreira hematoencefálica e se instalar no SNC com facilidade. Outra capacidade dos BZDs é a de atravessar a barreira placentária durante a gravidez e ter

potencial de gerar danos ou anomalias congênitas ao feto (XAVIER, 2010).

3.2. Uso prolongado de benzodiazepínicos

Entre os grupos que mais utilizam de forma crônica e inadequada os BZDs estão os idosos, o grupo além de consumir uma quantidade maior do medicamento, também possui uma queda fisiológica da excreção renal, redução do metabolismo hepático e diminuição da massa muscular e peso, logo o medicamento circula por mais tempo no organismo do indivíduo idoso, tornando-o mais susceptível a quedas com fraturas, sedação excessiva pelos BZDs e uma lentidão psicomotora além do esperado para essa população (ARAÚJO, 2015).

Entre os efeitos mais comuns do uso prolongado dos BZDs estão a dependência e a tolerância a classe de medicamento; déficits cognitivos em que o paciente sente dificuldade de fixação em uma conversa ou atividade de seu cotidiana; fraqueza associada ao efeito de relaxamento muscular; sintomas gastrointestinais como vômitos, enjoo e diarreia; dores articulares; desequilíbrio, tornando o medicamento ainda menos seguro a população idosa; Amnésia retrógrada, fazendo com que o indivíduo sobre o efeito dos BZDs em uma dose elevada tenha dificuldade de reter memórias do acontecimento presenciado; perda dos movimentos finos, tarefas como escrever, amarrar o sapato ou até o ato de servir o alimento podem estar prejudicados com o uso crônico dos BZDs (MOREIRA, 2019).

A prescrição dos BZDs deve ser associada a um prazo e a diminuição gradativa da dose utilizada pelo paciente, mas na verdade o que acontece é a utilização por período prolongado do medicamento e o próprio paciente aumentando a dose utilizada de acordo com seus sintomas, tornando o uso excessivo e prolongado desses medicamentos um problema de saúde pública. Dessa forma cabe ao médico dar a menor dose terapêutica possível e sempre estipular um tempo para o cessar do uso dos BZDs e caso o paciente seja usuário crônico, questionar o uso do medicamento e sempre tentar achar alternativas para retirada de seu uso diário, no caso do uso de medicamentos como o Clonazepam optar pelo uso em gotas, pois sua retirada fica facilitada, fazendo com que a dose utilizada seja reduzida gradativamente (XAVIER, 2010).

Outra forma de evitar a hipermedicalização e seu uso prolongado é a Portaria 344 estipulada pela ANVISA, em 1988, em que o BZDs fazem parte da lista B, em que só podem ser dispensados com receita azul, essa que contém nome do paciente, número de série do medicamento, unidade federativa da consulta e os dados do medicamento, como substância ativa, quantidade e posologia, tornando a venda mais restrita (MOREIRA, 2019).

3.3. Benzodiazepínicos no SUS

Atualmente o Brasil está entre os cinco maiores consumidores de BZD no mundo, sendo que a principal droga importada é o Diazepam, mas quando se comparado apenas com o Clonazepam, o Brasil é o segundo país que mais consome a droga, perdendo apenas para os Estados Unidos das Américas. De acordo com o Centro Brasileiro de Informações Sobre Droga (Cebrid), a dependência de BZD atinge 0,5% dos entrevistados das 108 cidades pesquisadas, sendo menor que a dependência da maconha, que chega a 1,2% e maior que a dependência de solventes que chega a 0,2% (SILVA, 2015).

No estado de Minas Gerais, de acordo com o Sindicato dos Farmacêuticos de Minas Gerais (Sinfarmig), em 2012 foram distribuídos mais de 15 milhões de comprimidos de BZD pelo

SUS, sendo que esse número se refere a apenas 10 cidades mineiras. Nos municípios analisados, foi constatado que 13,4% dos medicamentos fornecidos para a população pelo SUS eram BZD (SILVA, 2015).

Estudo realizado por Silva V.P. *et al*., teve como resultado que o uso indevido de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde é caracterizado pela medicalização de problemas sociofamiliares que acaba por gerar insônia e ansiedade, atingindo em grande parte mulheres, donas de casa, com baixo nível de escolaridade, com idade superior a 53 anos e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (SILVA, 2015).

A dependência aos BZDs relaciona-se não só à presença do fármaco, mas também às características individuais do paciente, devendo-se evitar a prescrição àqueles que possuem história de drogadição ou a pacientes depressivos ou polimedicados (JUNIOR, 2018).

O uso prolongado de BZD pode estar relacionado com prescrições indevidas pelos médicos da saúde coletiva, sendo que em muitos casos ocorra apenas a renovação da receita, sem uma avaliação criteriosa sobre o uso do medicamento. Outro fato que pode contribuir para esse uso indevido de BZD é a ausência de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolutividade (SILVA, 2015).

Dentre os transtornos psiquiátricos, a ansiedade é o que mais se utiliza os BZDs no SUS. Como se é observado que o gasto em medicamentos e os riscos à saúde aos pacientes, medidas de apoio comportamentais e de suporte planejadas por profissionais qualificados podem ser de grande importância para os usuários e o SUS (JUNIOR, 2018).

3.4. Dependência, Tolerância e Crise de Abstinência

De acordo com SILVA e colaboradores (2021), o uso prolongado de BZD é o principal causador de dependência terapêutica, sendo que mesmo o uso entre 3 a 6 semanas pode levar à dependência. O mecanismo fisiopatológico desse fenômeno está ligado aos mecanismos de recompensa dos BZDs no circuito da área tegumentar ventral e núcleo accumbens.

É necessário entender os conceitos de tolerância e síndrome de abstinência relacionados ao abuso dos BZDs. O mecanismo da tolerância é uma mescla de vários fatores, incluindo a alteração nos receptores da substância. A abstinência de BZDs pode resultar em sintomas físicos e psicológicos, como por exemplo: insônia, irritabilidade, ansiedade, fotossensibilidade, desejo de consumir a droga (*craving*), câimbras musculares, e despersonalização. A grande questão é que os próprios sintomas decorrentes da síndrome de abstinência se confundem com os primeiros sintomas para os quais foi indicado o uso da medicação (SILVA e col., 2021).

Segundo Soyka M. (2017), a maioria dos sintomas de abstinência estão associados a um estado de hiperexcitabilidade cerebral, causando sintomatologia diversa, no campo psicológico, cursando com crises de ansiedade e transtorno do pânico. A forma de abstinência mais leve é denominada de rebote, a retirada da medicação pode causar problemas relacionados ao sono, insônia principalmente.

Na tentativa de prevenção da dependência, alguns pacientes, principalmente aqueles com distúrbios de sono, devem realizar o tratamento com os BZDs de forma intercalada, pois o tratamento de forma contínua é um fator de risco para adição. A orientação para os profissionais médicos é que a avaliação e reavaliação do paciente sob o efeito do BZD seja feita em

intervalos curtos, assim como evitar múltiplas prescrições. Interessante notar a existência de grupos de risco para a dependência em BZDs: usuários crônicos de álcool e outras drogas, pessoas com dores crônicas e distúrbios psiquiátricos (SOYKA M., 2017).

3.5. Tratamento da Dependência

Foi evidenciado que o uso crônico de BZD pode causar dependência física nos pacientes, assim como a síndrome de abstinência de benzodiazepínicos. A descontinuação abrupta dos BZD pode levar o paciente a ter ansiedade rebote e insônia, fazendo com que o mesmo não consiga abandonar o vício.

É de suma importância uma avaliação minuciosa com um paciente em uso constante e prolongado de BDZ, sendo que se tem que ter a informação dos detalhes do uso, se houve tratamento anterior para a dependência de BDZ, se o paciente faz uso de outra substância que causa dependência. Os pacientes devem ser avaliados quanto ao uso e transtornos associados ao álcool e outras drogas, em particular opioides e álcool. O uso combinado de benzodiazepínicos com outros medicamentos sedativos pode aumentar o risco de sedação excessiva e morte por overdose. A dependência de benzodiazepínicos pode predispor os pacientes a outros transtornos por uso de substâncias. Sabe-se que pacientes dependentes de BZD podem vir a conseguir o medicamento de forma ilícita, sendo assim muito importante a relação médica paciente, sendo importante perguntar sobre o uso independente da fonte da medicação, para que se possa saber com exatidão como é o verdadeiro consumo do fármaco (DARKE S.G., 1995).

Os benzodiazepínicos de meia-vida mais curtos foram associados a maior gravidade da abstinência. Tempo prolongado do uso e maior dosagem de benzodiazepínicos foram associados a maior gravidade da abstinência de BZD (PÉTURSSON H, 1994).

Em geral, o tratamento da dependência de benzodiazepínico consiste em uma desintoxicação supervisionada, sendo que o tratamento geralmente é residencial. Fazendo que os grupos de ajuda mútua ou serviços ambulatoriais de dependência sejam de grande importância para o sucesso do tratamento.

É recomendado que no ambulatório a redução do BZD seja gradual, sendo retirado de 25 a 50 por cento a cada 1 ou 2 semanas em um período de 6 a 10 semanas. É preconizado que o atendimento seja direcionado para cada tipo de paciente, analisando qual a melhor dose a ser retirada ou se dará início a um tratamento medicamentoso. É uma opção a internação do paciente para o tratamento da dependência, sendo justificável quando paciente não consegue diminuir o consumo no tratamento ambulatorial, ou tiver comorbidades médicas complicadas, como história pregressa de convulsões (GIER N.A., 2011).

Uma opção que está sendo usada atualmente é a troca do BZD, onde o paciente usa um medicamento de ação mais rápida/curta, para o uso de um medicamento de ação mais prolongada, mas não se deixa diminuir a dosagem do medicamento, mesmo após a troca.

Para todo paciente que está sendo tratado é recomendado sessões semanais ou quinzenais em centros especializados em dependência, para que se tenha um acompanhamento da evolução individualizado. Em situações que o paciente não pode ser atendido com grande frequência, as prescrições devem ser limitadas, para que haja um afunilamento e o paciente necessite de uma consulta para conseguir mais remédio, fazendo que o paciente não seja "perdido". O tratamento da dependência de BZD tem as suas dificuldades, mas se os

profissionais da saúde e o paciente estiverem empenhados, a taxa de sucesso é maior.

4. CONCLUSÃO

É inegável a existência de um problema de saúde pública relacionado ao uso indiscriminado de benzodiazepínicos. A banalização da prescrição de BZD pelos médicos se justifica pelo baixo custo dos medicamentos, uma imagem positiva criada pelos usuários crônicos e dessa forma recomendando a outras pessoas e má indicação da droga. O uso indevido e prolongado ao longo do tempo está acompanhado com a desinformação da população em relação aos riscos e efeitos adversos. O mecanismo do desenvolvimento da dependência está relacionado a fatores ligados ao psicológico do próprio indivíduo e a características fármacológicas da droga como à não ocupação de receptores específicos.

Para a solução dessa questão é necessário a mobilização de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e gestores públicos, apontando para a necessidade de mudança na prescrição, indicação e dispensa da droga na atenção primária à saúde. Para os pacientes utilizadores crónicos é recomendado a diminuição gradual e lenta, podendo ser utilizado um fármaco de ação longa ou outro similar, com o objetivo de minimizar os efeitos da abstinência. O apoio psicológico é essencial no tratamento, assim como a estruturação de uma vida com práticas mais saudáveis, exercício físico e alimentação adequada.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Patrícia. Associação do Uso Prolongado de Benzodiazepínicos com o Aumento do Risco de Demência em Idosos: Uma Revisão Bibliográfica. Pós-Graduação Especialização em Farmacologia, [*S. L.*], P. 1-41, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 344 e suas atualizações, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, 31 dez. 1998. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em:23/03/2022.

CORREIA, Gabriela de Almeida Ricarte e GONDIM, Ana Paula Soares. Utilização de benzodiazepínicos e estratégias farmacêuticas em saúde mental. Saúde em Debate [online]. 2014, v. 38, n. 101 [acessado 22 março 2022], pp. 393-398.

DARKE SG, ROSS JE, HALL WD. Uso de benzodiazepínicos entre usuários de heroína injetável. Medical Journal, agosto de 1995; 162:645.

FEGADOLLI, Claudia, Varela, NIURKA Maria Dupotey e CARLINI, Elisaldo Luis de Araújo Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 35, n. 6, 2017.

GIER N.A., GORGELS W.J., LUCASSEN P.L., *et al*. Descontinuação do uso de benzodiazepínicos a longo prazo: acompanhamento de 10 anos. Prática de Família 2011; 28:253.

JÚNIOR, Edvaldo Balbino Alves, *et al.* "Utilização de benzodiazepínicos por usuários do sistema único de saúde." Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management 13.3 (2018).

MOREIRA, Pâmella; BORJA, Amélia. BENZODIAZEPÍNICOS: Uso e Abuso em Pacientes Idosos. Revista Acadêmica Oswaldo Cruz, São Paulo, v. 19, p. 1-9, 2019.

O'BRIEN C.P. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. The Journal of Clinical Psychiatry. 2005;66 Suppl 2:28-33. PMID: 15762817.

PÉTURSSON H. A síndrome de abstinência de benzodiazepina. Vício 1994; 89:1455.

RANG, H.P.; DALE, M.M. Farmacologia. Editora Elsevier, 8aedição, 2016. p. 1257-1268.

SILVA e col. Dependência química induzida pelo uso de benzodiazepínicos na senescência. Research, Society and Development, v. 10, n. 14, e476101422321, 2021.

SILVA, Vanessa Pereira, *et al*. "Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde." Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro (2015).

SOYKA M. Treatment of Benzodiazepine Dependence. New England Journal of Medicine, 2017 Mar 23;376(12):1147-1157.

XAVIER, Isabela. O Uso Prolongado de Benzodiazepínicos e suas Complicações. Revisão Literária, [*s. l.*], p. 1-28, 2010.

CAPÍTULO 19

A IMPORTÂNCIA DA PSICOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR DE PACIENTES EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA PSIQUÁTRICA

MATHIAS LUCA MELO ALVES[1]
NATÁLIA GUIMARÃES MOREIRA[1]
FLÁVIA LUSTOSA MEIRELES[1]
MIGUEL SILVA MORAES DE OLIVEIRA[1]
LUCIANA BARRETTO LIMA GUSMÃO[1]
GABRIELA PERES DE OLIVEIRA KRAUSS[1]
LAURO ROBERTO DE AZEVEDO SETTON[1]
JOSÉ ROBERTO FONTES JÚNIOR[1]
GABRIELLY GOMES LIMA DE SÁ[1]

1. Discentes - em Medicina da Universidade Tiradentes de Sergipe

Palavras-chave: *Leucemia; Dor; Qualidade de Vida.*

1. INTRODUÇÃO

O conceito de crise em saúde mental, assim como o de loucura, sempre foi histórico e culturalmente construído a partir do contexto social em que se está inserido, variando em suas definições ao longo dos séculos (FRIZZO, 2019). Partindo desse ponto, a saúde mental foi limitada por muito tempo na única condição mental do paciente e assim o isolava da sociedade. Entretanto isso questionava os direitos do paciente de intervir e de colaborar no seu tratamento.

Outro viés, o sistema único de saúde, criado e instituído no Brasil, tem como objetivo cuidar de forma igual e integral todos os brasileiros. No entanto, o formato operacional desse sistema tem falhas e uma delas é o descaso com a emergência psiquiátrica. Nesse contexto, nos dias atuais, esse cenário vem se desconstruindo através da união das equipes de Estratégia de Saúde da Família e da Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira, as quais têm trazido contribuições importantes para a melhora da atenção em saúde no País.

Ambas defendem os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõem uma mudança no modelo de assistência à saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem comunitária/familiar em detrimento do modelo tradicional, centralizador e voltado para o hospital, ou seja, pensando em como o paciente se sente diante do problema, seja ele físico ou psicológico (FRIZZO, 2019).

Ademais, serviços como Pronto Atendimento em Psicologia (SPA) servem como alternativa emergencial para o indivíduo que demanda uma escuta terapêutica especializada, trazendo sempre uma visão intimista ao paciente desde o momento do pedido de ajuda até além da sua queixa, fazendo questionamentos sobre como o paciente vive essa queixa e quais são suas condições sócio-psico-afetivas para cuidar de seu sofrimento? (DE OLIVEIRA & GRIZ; 2021).

Além disso, avanços na psicoterapia nos casos de transtorno de personalidade borderline, por exemplo, de forma medicamentosa atrelada a terapias comportamentais, mostram novas formas de lidar com esses pacientes e dar o melhor prognóstico e atenção (DE OLIVEIRA & GRIZ; 2021).

Portanto, o objetivo deste estudo é entender a importância da psicoterapia, em seus variados modos, no alívio da dor de pacientes em situação de emergência psiquiátrica.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório realizado no período de fevereiro a março de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO e Google Scholar. Foram utilizados os descritores: “Psicoterapia”; “Dor” e "Emergência". Dessa busca foram encontrados 40 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, espanhol e português; publicados no período de 2016 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão sistemática, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, monografias, trabalhos de conclusão de curso e capítulos de livro.

Selecionamos 20 artigos após uma avaliação minuciosa, tendo por parâmetro a leitura e interpretação do título, subtítulo, resumo e conclusão. Escolheu-se os 3 de maior relevância para construir o presente trabalho. Dessa forma, os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos com base na organização mundial da saúde, protocolo clínico

e diretrizes terapêuticas da psicoterapia na emergência psiquiátrica.

3. DISCUSSÃO

As emergências psiquiátricas são vistas como uma condição que necessita atendimento imediato, tendo em vista o risco que muitas delas impõem à pessoa e ao seu entorno. Deste modo, as palavras crise e urgência psiquiátrica vêm associadas à ideia de um sofrimento psíquico grave, complicado ou por comorbidades clínicas, como depressão, esquizofrenia, bipolaridade, transtorno de personalidade borderline, entre outros. São, portanto, definidas como "uma condição em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente", com o objetivo de prevenir riscos à saúde psíquica, física e social do indivíduo e a de outros (FRIZZO, *et al*., 2019).

Assim, uma crise se torna urgência psiquiátrica a partir da avaliação dos responsáveis pelo indivíduo que, ao perceberem sintomas de sofrimento, acionam o serviço de saúde mental. Uma urgência psiquiátrica caracteriza-se por uma situação de transtorno de afeto, pensamento e comportamento de tal forma disruptiva que o sujeito, familiares ou sociedade consideram a necessidade de cuidado imediato. Assim, a crise transmuta-se em urgência na medida em que interfere, de forma incisiva, na rotina familiar, do responsável e mesmo do serviço de saúde a ele vinculado (FRIZZO, *et al.,* 2019).

A expressão, pronto atendimento conota sentido médico e cita exemplo dos prontos-socorros, nos quais equipes de profissionais estariam de plantão, à espera do paciente para atendê-lo no momento de sua demanda emergente (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021). A psicologia adotando para si esse conceito fala da importância do acolhimento às questões de saúde mental, presente nesse modelo de plantão ininterrupto para atender o cliente em sofrimento psicológico agudo (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021).

O plantão psicológico imerge nas instituições públicas como espaço de possibilidade de escuta da população menos favorecida financeiramente em forma de Política Pública (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021).

Deve-se solucionar seus problemas com a prática da equipe solicitante (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021). Dessa forma, o aspecto de fragilidade da existência pela hospitalização, o medo da morte, limites biológicos, a lógica mecanicista sobre o adoecer, a estrutura física e de recursos humanos dos dispositivos de assistência pública, assim como as condições socioculturais e econômicas pacientes, foram características identificadas enquanto fatores de adoecimento em hospitais gerais estariam inseridos em outros contextos (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021).

O trabalho desenvolvido no plantão psicológico se configura então como um recurso potente, capaz de promover saúde mental, além de favorecer o diálogo entre serviços, devendo se construir como prática a ser cuidada e ampliada, onde se faz de menos avalição, mais compreensão, menos psicopato-logia e mais experiência (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021).

A partir da reforma psiquiátrica a maneira de cuidar do indivíduo em sofrimento psíquico vem sofrendo alterações, tanto na rede básica de saúde quanto nos atendimentos em serviços de urgência e emergência (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021). Na maioria dos casos o sofrimento psicológico agudo é caracterizado como urgência e situação de crise psíquica, sem risco de morte, porém com alteração dos parâmetros vitais que requerem pronto atendimento (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021).

É importante ressaltar que parte dos sintomas apresentados pelos pacientes que procuram um pronto socorro psicológico, não surge em virtude de aspectos orgânico-biológicos, mas podem estar associados a conteúdos emocionais e/ou psicológicos que precisam ser compartilhados com profissionais da psicologia para serem ressignificados (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021).

O objetivo principal de um Serviço de Pronto Atendimento de psicologia é então oferecer um atendimento psicoterapêutico no momento mesmo em que alguém faça o movimento por sua busca e reclame uma acolhida, dispensando pré-requisitos psicodiagnósticos e burocrático-administrativos, comuns em consultórios e clínicas de psicologia (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021).

A assistência à emergência psíquica é encarada como um dos tópicos mais difíceis e estratégicos no processo da Reforma Psiquiátrica, onde o Brasil vem buscando um processo de reestruturação desde o final dos anos 70 (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021). Esse movimento proposto pela reforma psiquiátrica referiu-se a mudanças em profundidade, uma vez que não se trata apenas da criação de tipos diferentes de serviços de saúde, mas do enraizamento de novas concepções sobre o sofrimento psíquico humano e dos modos de acolher e tratar as pessoas psicologicamente afetadas e negligenciadas (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021).

Nesse contexto o plantão psicológico delineia-se enquanto prática clínica emergencial, podendo ser definido como serviço de portas abertas, estruturado para o atendimento daqueles que chegam a sua busca em qualquer hora do dia ou da noite (DE OLIVEIRA & GRIZ 2021).

Ademais, é válido ressalvar que grande parte das patogenias tratadas no plantão tem em comum a dor psicogênica uma condição que pode passar muitas vezes despercebida, porém é de extrema importância na reabilitação dos pacientes visando um melhor diante das situações que ameaçam a vida.

A dor psicológica é entendida como um estado de consciência desagradável, resultante de experiências de perda. Embora alguns modelos a perspectivem de uma forma mais positiva, considerando-a como um meio necessário para a mudança e crescimento pessoal, após a aceitação da perda, a maior parte referem-se à dor psicológica como uma experiência profunda e destrutiva (DE OLIVEIRA & GRIZ; 2021).

Associado a isso, observou-se em um extenso trabalho que realizaram sobre a definição e uso do termo dor psicológica, identificaram algumas características transver-sais aos vários conceitos apresentados na literatura. Embora estes conceitos variem, todos remetem para uma avaliação negativa que o indivíduo faz sobre si próprio o que provoca uma dor insuportável, sendo impossível mantê-la indefinidamente (DE OLIVEIRA & GRIZ; 2021).

Por conseguinte, definem a dor psicológica como um sentimento insustentável e desagradável, que resulta de uma avaliação negativa sobre as capacidades pessoais face a uma perda, de algo ou de alguém, ou face ao fracasso em alcançar objetivos relacionados com necessidades psicológicas básicas (DE OLIVEIRA & GRIZ; 2021).

Logo, quando se parte da compreensão de um sintoma de origem orgânica pré-estabelecida, não se questiona a origem psíquica desta somatização. Quando se tem uma situação considerada psicológica ou psiquiátrica, o sofrimento é minimizado e, por vezes, banalizado. A superação da visão cartesiana de separação entre mente e corpo e os julgamentos morais a partir desta compreensão se constituem em um desafio não somente no âmbito hospitalar e de

trabalho, mas também no contexto sociocultural em que cada sujeito está inserido (FRIZZO 2019).

Apesar das reflexões acerca da crise em saúde mental terem sido discutidas a partir do olhar e atuação da Psicologia, há muito em comum entre as diferentes práxis, constituindo os campos de atuação multiprofissional, multidisciplinar e transversal. O profissional de saúde deve estar atento à necessidade de acolhimento e postura empática, visto que estas características não são de domínio exclusivo da Psicologia. No entanto, é papel do psicólogo verificar se há dificuldades, e intervir a partir de possibilidades de trabalho com a equipe, 22 atuando na propagação do conhecimento e capacitação de profissionais diante do manejo da crise e em relação à saúde mental de forma ampla (FRIZZO 2019).

Um indivíduo fora de si, sem controle, que apresenta risco para si e para outros, representa a corporificação do louco perigoso. Esta é a alusão mais comum à crise em saúde mental em todos os espaços, não somente no hospital. Os profissionais de saúde que atuam no hospital também são personagens desse imaginário social, compondo e subjetivando-se como trabalhadores constituídos e constituintes do mesmo poder normalizador. A partir dele, operam práticas de cuidados, definem diagnósticos, classificam riscos, caracterizam as necessidades daqueles que chegam ao hospital (FRIZZO 2019).

Não se pode ignorar o risco envolvido na agudização do sofrimento, porém é necessária atenção para que este serviço não se torne voltado somente para processos individuais, em detrimento de processos sociais de responsabilização e co-gestão dos processos de saúde-doença. O olhar para o processo individual envolve compreender o diagnóstico subjacente ao sofrimento apresentado pelo paciente, porém, este olhar não deve ignorar os processos sociais, como estigmas e violências simbólicas, que estão expostos os pacientes em sofrimento psíquico. Deste modo, intervir no contexto de vida do sujeito, de sua família e de todo o seu contexto social é também um aspecto de extrema relevância na emergência geral (FRIZZO, 2019).

Por fim, é válido considerar a análise teórica visou contribuir para o resgate da discussão acerca da importância do cuidado integral à pessoa em crise psicológica e a importância do serviço psicoterápico do hospital geral como dispositivo ativo para buscar o alívio e mudar a vida de indivíduos em situação grave, considerando a reflexão crítica acerca das possibilidades de atuação dos profissionais de saúde no contexto de urgência e emergência como estratégia para a manutenção contínua desse cuidado (FRIZZO, 2019).

4. RESULTADOS

Diante do exposto, notou-se a importância da psicoterapia como recurso em um atendimento de emergência psiquiátrica. Verificou-se que a função da equipe de saúde do serviço de Urgência e Emergência é oferecer um atendimento eficaz tanto em termos de tempo quanto em qualidade antes, durante e após os eventos definidos como crise. Assim, é notável a repercussão que uma escuta acolhedora e técnicas psicológicas intervencionistas empregadas com o objetivo de minimizar possíveis danos mentais ao paciente podem reduzir a incidência de surtos posteriores.

Constatou-se que o índice de suicídio posteriores aos atendimentos com os devidos cuidados pós crise reduziram significativamente e aumentaram a expectativa de reinserção desses pacientes na sociedade com boa expectativa de vida. A visão do psicólogo como

um profissional útil no pronto atendimento psiquiátrico tem proporcionado desfechos melhores a situações potencialmente letais. Dessa forma, esse profissional junta-mente com os demais integrantes da equipe de saúde, incluindo médicos, podem se auxiliar mutuamente nas etapas e procedimentos exigidos para solucionar o problema de cada paciente, prevenindo danos morais que podem perdurar durante toda a vida.

5. CONCLUSÃO

Dessa forma, podemos ficar cientes que pacientes que apresentem alguma emergência psiquiátrica devem ser prontamente atendidos, seja na emergência ou não, e as suas queixas devem ser ouvidas fazendo a avaliação desse indivíduo e proporcionar a melhor tomada de decisão seja ela internação hospitalar, hospital parcial, programa de ambulatório intensivo e ambulatório.

Nesse contexto é importante que o paciente seja tratado de forma humana e levando em consideração todas as suas queixas e insatisfações, pacientes com emergências psiquiátricas muitas vezes sofrem preconceitos durante o seu atendimento e essa atitude é extremamente incompatível com o tipo de atendimento que precisa ser realizado com esses indivíduos (LUÍS; 2016).

Dessa maneira, presencia-se a importância do psicólogo em emergências psiquiátricas, pois esse profissional irá realizar a comunicação do indivíduo com a equipe multidisciplinar e também com a sua família, para que haja um tratamento mais eficaz e sem julgamentos ou preconceitos (LUÍS; 2016).

Sendo assim, temos noção da importância da psicoterapia em pacientes que apresentem emergências psiquiátricas, com o intuito de aliviar a dor emocional desse paciente. Nesse sentido o psicólogo irá atuar na tentativa de ajudar esse indivíduo, assim como os seus familiares para que haja uma eficácia no tratamento e quando ocorre uma união entre família e equipe multidisciplinar (equipe essa que vai atender o paciente sem julgamentos ou preconceitos, humanizando esse atendimento) o tratamento e a sua continuidade se tornam muito mais eficazes.

Como resposta a essa atuação de ambas as partes o paciente irá ter uma melhora significativa no seu quadro geral, além de ter a percepção que está sendo ouvido pelas pessoas o que torna o seu contexto de dor emocional muito mais atenuado, pois tem a certeza que está sendo tratado de forma digna e que a sua queixa não está sendo minimizada.

.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE OLIVEIRA, J.C & GRIZ, C.A.S. Serviço de Pronto Atendimento em Psicologia (SPA): um espaço de acolhimento aos indivíduos em sofrimento psicológico agudo. REVISTA HUM@NAE, v. 15, n. 2, 2021.

FRIZZO, C.P *et al.* Possibilidades de atuação da psicologia na atenção à crise em saúde mental na emergência adulto do HU/UFSC. Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - RIMS. 2019.

LUÍS, M.M.C.G. Dor psicológica e risco suicidário: um estudo longitudinal com indivíduos da comunidade. 2016. Dissertação de Mestrado. Universidade de Évora.

CAPÍTULO 20

TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO BRASIL, 2010-2020

JÚLIA BEATRIZ PINTO ARAUJO[1]
MONICA MICHELI ALEXANDRE[1]
MARIANA SAUSEN BASSO[1]
ERIKA ARAÚJO DOS SANTOS[2]
ALESSANDRA GABRIELLE SIQUEIRA COSTA[2]
LUCAS COSTA DE ARANDA LIMA[2]
NAYANE FERNANDES CRUZ[3]
LAILA DA SILVA ALMEIDA[4]
JAQUELINE GISELLE FARIAS FERNANDES[5]
JEMILLY FERREIRA DE SOUSA[6]
ERICK FERNANDES MEDEIROS[7]
MAYARA MARIA SALES MONTEIRO[8]
NATÁLIA DOS SANTOS BARBOZA[9]
LEONARDO PINTO ARAÚJO[9]
MARLON VINÍCIUS MENDES DE SOUZA[10]

1. Discentes da Faculdade de Medicina – Universidade Paranaense – Campus Umuarama
2. Discentes da Faculdade de Medicina – Universidade de Rio Verde
3. Discente da Faculdade de Medicina – Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança - Campus Mossoró
4. Discente da Faculdade de Medicina – Faculdade Estácio de Alagoinhas
5. Graduada da Faculdade de Medicina – Centro Universitário CESMAC
6. Discente da Faculdade de Medicina – Centro Universitário Uninovafapi
7. Discente da Faculdade de Medicina – Centro Universitário UNIFAS
8. Graduada da Faculdade de Medicina – Universidade Potiguar (UnP)
9. Discente da Faculdade de Medicina – Universidade de Buenos Aires (UBA)
10. Discente da Faculdade de Medicina – Universidade Salvador - Bahia

Palavras-chave: Suicídio; Tentativa de suicídio; Saúde mental.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014), o suicídio se define como "um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal". Por isso, o suicídio pode ser considerado um grave problema de saúde pública mundial. Desenvolvido por um comportamento de causa multifatorial, em que o ato suicida é a consequência final de um processo. São diversos fatores que se encontram interligados capazes de abranger aspectos como os componentes psicológicos, biológicos, culturais, socioambientais, econômicos e genéticos. O comportamento suicida não envolve apenas o ato consumado de morte autoinflingida, mas também a tentativa de suicídio, através dos seus planos e ideações, sendo estes, atos passíveis de intervenção profissional (PAES, *et al*., 2020).

Segundo Bahia (*et al*., 2020), a lesão autoprovocada pode ser definida como a violência que a pessoa inflige a si mesma, podendo ser classificada de duas maneiras distintas: comportamento suicida ou auto agressão. O comportamento suicida, é caracterizado pelo ato do indivíduo causar lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal ou do verdadeiro motivo do ato, sendo incluídos então os pensamentos, planejamento, tentativas de se matar e o ato consumado em si.

No momento em que uma pessoa atenta contra a própria vida, surge uma questão desconfortável e temida, posto que, se escancara um questionamento sobre as razões que levam uma pessoa a querer não existir mais. Embora existam inúmeras especulações, é difícil descobrir com maior clareza sobre um fenômeno tão complexo. Contudo, o suicídio pode ser analisado como uma forma extrema de lidar com a dor, desespero e desesperança diante da vida. Em síntese, o suicídio demonstra um sofrimento existente e, quando é insuportável, o sujeito busca livrar-se desse intenso sofrimento intenso, que por diversas razões e fatores complexos, pode acabar por livrar-se da própria vida (KREUZ, ANTONIASSI, 2020).

Diante do aumento expressivo nas taxas de tentativas de suicídio nas últimas décadas, e por ser um problema de saúde pública e social, a prevenção ao suicídio carece de ações que envolvam diversos setores, tais quais: educação, justiça e segurança, meios de comunicação e religiosos, bem como os serviços de saúde. Sendo necessário destacar que essas ações conjuntas de prevenção se unam em uma rede de cuidados, na qual cada setor contribui com a sua especificidade e potencialidade, promovendo um esforço coletivo em busca de resultados eficazes no combate ao suicídio. A demanda por atendimento desses casos no setor de saúde, em particular nas urgências e emergências, é elevada. É justo que haja uma consideração sobre a necessidade de sensibilização dos profissionais da área da saúde, para que estes identifiquem e avaliem os casos com risco de morte por suicídio (MEIRA, *et al*., 2020; STOPPA, WANDERBROOCKE, AZEVÊDO, 2020).

O risco de óbito aumenta de acordo ao aumento que há na quantidade de vezes que foram realizadas as tentativas de suicídio, além de que, se encontra associado a intervalos de tempo menores entre uma violência e outra. Por conta do seu potencial de recidiva, a prevenção será efetiva à medida que se reconheça que o fenômeno do suicídio transpõe a abordagem estritamente hospitalar, e quando fragmentada favorece sua reincidência, causando internações, custos e, principalmente, novos sofrimentos para esses sujeitos. No Brasil, uma das

possibilidades de estabelecer resultados epidemiológicos referente a violência autoprovocada, é utilizando o banco de dados nacional do sistema de Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN), que é alimentado pelas notificações realizadas pelos profissionais ou instituições de saúde. Mais que apenas produzir dados quantificáveis sobre a violência autoprovocada, há a necessidade de conceder aos profissionais e autoridades de saúde o conhecimento sobre a realidade de forma contextualizada a fim de possibilitar a criação de novas políticas públicas. Portanto, objetivamos descrever as características das pessoas que cometeram tentativa de suicídio, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no Brasil inteiro de 2010 a 2020 (LANGE, BOLSONI, LINDNE, 2021).

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo de base documental, baseado em notificações de tentativas de suicídio no Brasil, no período de 2010 a 2020. A base de dados foi produzida a partir do preenchimento da ficha de notificação "Intoxicação exógena", disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde do Brasil. A pesquisa foi desenvolvida mediante acesso e uso do sistema informatizado do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que possui os dados do SINAN. Foram analisadas notificações de todos os Estados brasileiros, entre os anos de 2010 a 2020, totalizando 475.154 casos entre todas as faixas etárias. As variáveis eleitas para a análise foram ano do 1º sintoma (s), região de notificação, faixa etária, agente tóxico e sexo.

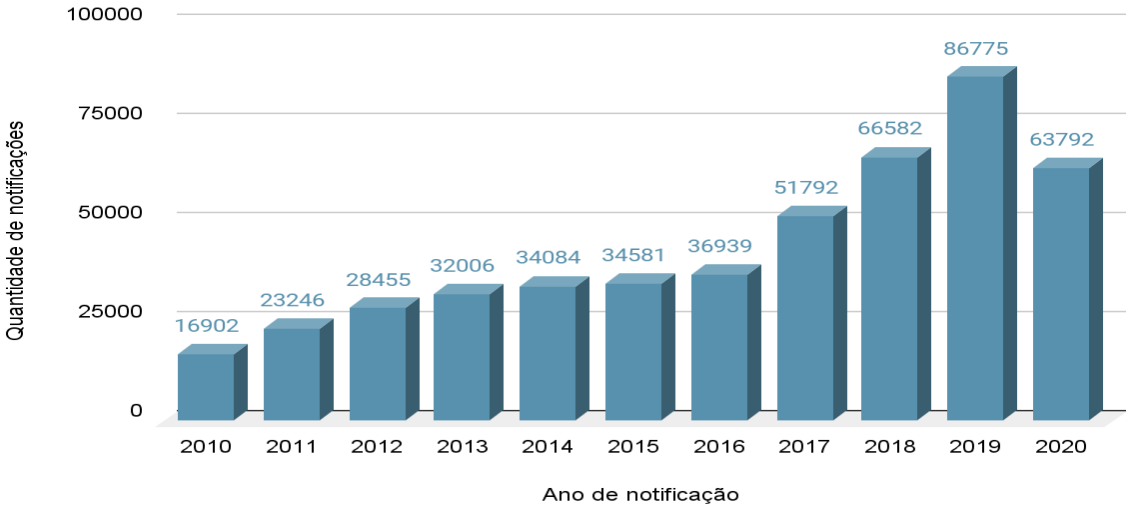
A revisão integrativa foi pesquisada nas bases de dados LILACS e MEDLINE, utilizando a combinação dos seguintes descritores e operadores booleanos: "tentativa de suicídio" AND "Brasil". Ao todo, foram obtidos 338 resultados nas bases de dados. Em seguida, os artigos foram filtrados tendo como critério de inclusão o ano de publicação 2017 a 2022. Assim, obteve-se 121 trabalhos, e selecionando "texto completo" e as bases de dados supracitadas, foram selecionados então 107 trabalhos. Ademais, foi utilizada a Cartilha da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), publicada no ano de 2014.

Os textos foram selecionados a partir da análise prévia dos resumos. Aqueles que demonstraram, por meio de uma análise inicial do título e resumo, maior relevância em relação ao tema do manuscrito, serviram como base para a elaboração deste trabalho. Após a leitura completa dos artigos, foi considerado como critério de exclusão trabalhos que não abrangiam a correlação entre a epidemiologia, tentativa de suicídio e Brasil, obtendo assim, 62 trabalhos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

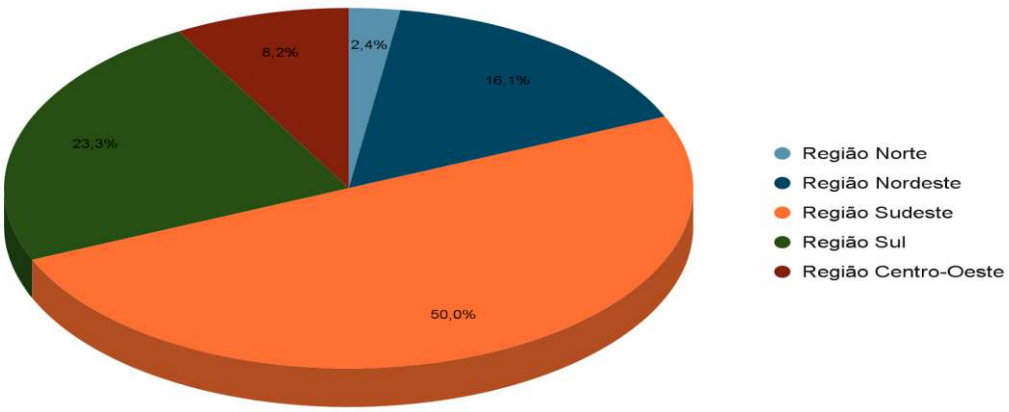
Dentre os anos analisados, 2019 foi o ano com maior taxa de casos notificados, sendo responsável por 18,3% da quantidade total dos dez anos analisados, com 86.775 casos. Em contrapartida, o ano de 2010 foi o que apresentou a menor taxa de notificação, com 3,5% do total, sendo 16.902 casos. Conforme mostra o **Gráfico 20.1**, foi observado um significativo aumento anual das notificações. Esse padrão de crescimento foi observado no período entre 2010 a 2019, quando então houve um decréscimo das notificações no ano de 2020, no qual foram registrados 63.792 casos.

Gráfico 20.1 Ano de notificação de tentativa de suicídio no Brasil, conforme período estudado de 2010 a 2020.



No que se refere às regiões do Brasil, como pode ser visto no **Gráfico 20.2**, no período de 2010 a 2020, observa-se que a região Sudeste apresentou a maior quantidade de notificações com 50% do total, com 237.632 casos, seguida pela região Sul que apresentou 23,3% do total, com 110.652 casos, a região Nordeste com possui 16,1% do total, com 76.459. Por fim, as regiões Centro-Oeste e Norte apresentaram a menor quantidade de casos notificados, sendo 8,2%, com 38.997 casos e 2,4%, com 11.414 casos, respectivamente.

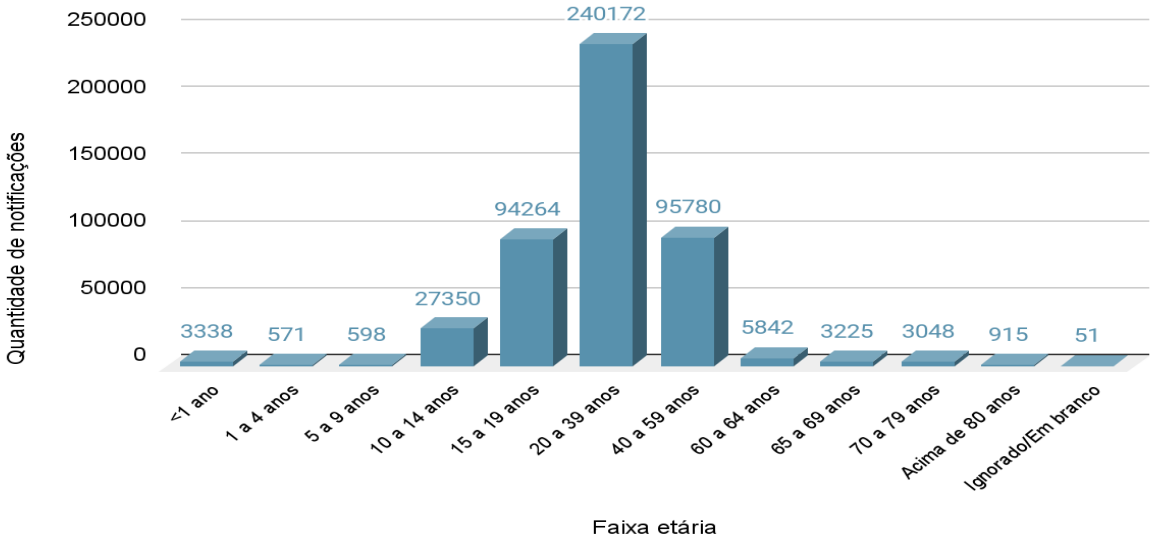
Gráfico 20.2 Região das notificações dos casos de tentativa de suicídio no Brasil, no período de 2010 a 2020.



Em relação à faixa etária, no período de 2010 a 2020, observa-se que a faixa etária 20 a 39 anos apresentaram a maior taxa de notificações de casos de tentativa de suicídio, sendo responsável por 240.172 dos casos. Em segundo lugar, encontra-se a faixa etária entre 40 a 59 anos com 95.780 dos casos, logo em seguida, a faixa etária de 15 a 19 anos com 94.264 dos casos e, posteriormente, a popula-ção dos 10 a 14 anos com 27.350 casos. Somando a quantidade de casos notificados da população acima de 60 anos, obtém-se 13.030 casos notificados. Em contrapartida, as crianças abaixo dos 9 anos possuem 4.507 casos registrados de tentativa de

suicídio. Por fim, 51 pessoas preferiram ignorar/em branco em relação a divulgar sua idade, como é demonstrado no **Gráfico 20.3**.

Gráfico 20.3 Quantidade dos casos de tentativa de suicídio que foram notificados no Brasil de acordo com a faixa etária, no período de 2010 a 2020.

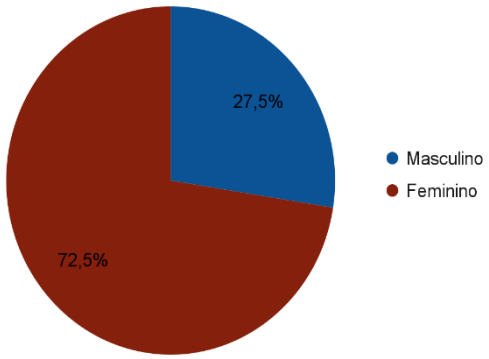


Dentre os agentes tóxicos que são utilizados na tentativa de suicídio no Brasil, percebe-se que, no período de 2010 a 2020, o mais utilizado foram os medicamentos, representando 350.236 casos notificados. Em segundo lugar, encontram-se os raticidas com 39.948 dos casos, seguido pelos agrotóxicos agrícolas que possuem 19.189 notificações, os produtos de uso domiciliar com 11.846 casos, os agrotóxicos domésticos com 6.130 casos. Por fim, é relevante mencionar que a quantidade de casos preenchidos como Ignorado/em branco foram de 25.278, no qual percebe-se que uma parcela considerável preferiram não revelar qual o agente tóxico utilizado na tentativa de suicídio, como é demonstrado no **Gráfico 20.4.**

Gráfico 20.4 Quantidade dos casos de tentativa de suicídio que foram notificados no Brasil de acordo com o agente tóxico, no período de 2010 a 2020.

No que concerne ao sexo sobre a quantidade de casos notificados de tentativa de suicídio no Brasil, observa-se que, no período de 2010 a 2020, o sexo feminino é o prevalente com 72,5% casos, correspondendo 344.467 da quantidade total de casos notificados. Já o sexo masculino possui 27,5%, sendo responsável por 130.640 casos, como é demonstrado no **Gráfico 20.5.**

Gráfico 20.5 Quantidade dos casos de tentativa de suicídio segundo o sexo no Brasil, no período de 2010 a 2020.



De acordo com a literatura, o Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios, onde a quantidade de casos notificados foi crescendo exponencialmente, chegando ao seu ápice no ano de 2019 com 86.775 casos notificados, mas decrescendo no ano de 2020. Dessa forma, é de suma importância lembrar que apesar do ano de 2020 estar em terceiro lugar apresentando 63.792 casos, foi o ano em que ocorreu a pandemia COVID-19, havendo assim a possibilidade da ocorrência de subnotificação do número de suicídios, uma vez que o planeta ficou frente à uma situação emergente e, em decorrência disso, os números podem ser ainda mais aterrorizantes (ABP, 2014; TEIXEIRA, SOUZA, VIANA, 2018; STOPPA, WANDERBROOCKE, AZEVÊDO, 2020).

Analisando a mortalidade por suicídio entre as regiões brasileiras, observou-se que a Região Sudeste do País é a que possui prevalência com relação as taxas de suicídio, com 50% dos casos notificados, seguidas das regiões Sul e Nordeste. Um dos possíveis fatores que estão relacionados com o sudeste ter apresentado a maior quantidade de notificações devido ao consumo exacerbado de medicamentos, uma vez que é a região onde grande parte das farmácias e drogarias oficiais do Brasil estão localizadas. Além disso, encontra-se na Região Sudeste diversos Centros de Informação e Assistência Toxicológicas, que contribuem efetivamente na notificação dos episódios das tentativas de suicídio (ALMEIDA *et al.*, 2019; BAHIA *et al.*, 2020).

No que diz respeito a região Sul como a segunda região com maior quantidade de notificações, possui como possível fator a combinação de três circunstâncias sendo estas econômicas, psicobiológicas e socioculturais, que afetam principalmente as famílias de agricultores que estão expostas a pesticidas, por exemplo, além de viverem mais isoladamente. Além disso, deve-se lembrar que a cultura na região Sul é majoritariamente alemã e, consequentemente, possui influência do país de origem como a maior incidência de transtornos mentais, histórico de suicídios, sendo estas questões consideráveis quanto aos assuntos. Em contrapartida, a região Norte é onde houve a menor quantidade de notificações, assim, esse fato pode ser explicado pela limitação de acesso da população aos atendimentos além da precariedade nos serviços de saúde, situações que juntas favorecem a subnotificação de vários casos (BAHIA *et al.*, 2020; LANGE, BOLSONI, LINDNE, 2021).

Os dados encontrados podem ser mais alarmantes devido a quantidade de subnotificações dos óbitos por suicídio. O número de casos de suicídio é camuflado entre registros de homicídios, acidentes e outras causas de morte.

Ainda sim, os registros oficiais disponíveis analisados, permitem afirmar a gravidade desse fenômeno, que transcende a categoria de tragédia pessoal, configurando-se como um sério problema de saúde pública, especialmente em função da intensidade da dor, dos anos potenciais de vida perdidos e do seu caráter epidêmico. Mesmo diante desses dados e do reconhecimento da amplitude e da complexidade do fenômeno, o suicídio ainda é um tema tratado como tabu (TEIXEIRA, SOUZA, VIANA, 2018).

O suicídio é um problema global de saúde pública, uma vez que, compromete a vida dos indivíduos e dos que estão ao seu redor, gerando prejuízos psíquicos e sociais. Foi possível analisar que o grupo que apresentou uma maior prevalência de tentativas de suicídio no Brasil, foi o sexo feminino. Resultados similares à literatura nacional foram obtidos, posto que, também revelaram uma predominância de tentativas de suicídio no gênero feminino. Diversos autores discutem que essa realidade se reflete pela maior frequência em utilização de ferramentas letais bruscas pelos indivíduos do sexo masculino, enquanto as mulheres se apropriam de métodos de menor invasão letal (JÚNIOR, *et al*., 2019). Além disso, em outro estudo, apesar das informações sobre as tentativas de suicídio serem subnotificadas, o número de casos envolvendo mulheres foi maior em todos os anos do estudo. Esse fenômeno é conhecido na suicidologia como paradoxo de gênero do comportamento suicida e possui diversas explicações para a sua ocorrência, como a teoria da letalidade (BAERÉ, ZANELLO, 2018).

Segundo a faixa etária, na nossa pesquisa foi encontrado que a faixa etária que apresentou maior taxa foi de 20 a 39 anos com um total de 240.172, seguido da faixa etária entre 40 e 59 anos, com um total de 95.780. Estando em consonância com dados apresentados por Baeré e Zanello (2018), onde as faixas etárias que concentraram o maior número de óbitos por suicídio nos homens e nas mulheres foi de 20 a 59 anos. Um estudo realizado por Oliveira (*et al*., 2018), apresentou dados que indicaram a faixa de 30 a 59 anos como maior risco, tal como no estudo sobre prevalência de tentativas e ideação suicida em pessoas com transtornos mentais graves realizado na cidade de São Paulo. Sendo que o fato de "não estudar mais" demonstrou uma possível associação.

No que se refere ao agente tóxico utilizado, Almeida (*et al*., 2019), apresentou resultados semelhantes aos obtidos nas nossas análises, dentre as diversas substâncias tóxicas, os medicamentos são os principais responsáveis pelas intoxicações em humanos. Diversos fatores colaboram para essa prevalência, tais quais: a presença de várias formulações farmacêuticas de segurança e eficácia duvidosa, a grande quantidade de farmácias que facilitam o acesso ao medicamento, propagandas de cunho duvidoso da indústria farmacêutica, erros de prescrição médica e a automedicação, tão popular na atualidade. Os principais medicamentos utilizados com a finalidade do suicídio são os benzodiazepínicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, antimaníaco e estabilizador do humor, bem como os medicamentos de venda livre como analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios.

4. CONCLUSÃO

As tentativas de suicídio, além de importantes preditores para o ato consumado, apresentam consequências graves provenientes das incapacidades individuais, bem como coletivas. O potencial das recidivas deve ser motivo de preocupação entre os profissionais da área de saúde de emergências hospitalares, posto que,

as reincidências aumentam o sofrimento do indivíduo, bem como geram maiores custos decorrentes das reinternações.

Foi identificado o crescimento do número de notificações ao longo do período de 2010 a 2019, sendo que no ano de 2020 houve um decréscimo que pode ser relacionado à pandemia da COVID-19, além de possíveis subnotificações. Verificou-se maior proporção de notificações de indivíduos do sexo feminino, sendo que estas tentam mais suicídio do que os homens através de métodos menos agressivos, fenômeno conhecido por teoria da letalidade. A faixa etária predominante foi de 20 a 39 anos, com aumento expressivo nos últimos anos do período analisado, exceto 2020. Predominaram notificações em relação à região do Brasil na região Sudeste, seguida da região Sul.

Nas fichas do SINAN destacaram-se as tentativas de suicídio devido à intoxicação exógena por medicamentos principalmente, seguido pelos raticidas, agrotóxicos agrícolas, produtos de uso domiciliar e agrotóxicos domésticos. Por isso, supõem-se haver uma facilidade ao acesso a medicamentos, raticidas, e agrotóxicos, responsáveis por facilitar o intento de se auto exterminar. A tentativa de suicídio, bem como o ato consumado ocorre devido à diversos fatores, necessitando então, que políticas públicas melhorem a qualidade de vida da população, abrangendo todos os aspectos que levem o indivíduo a um bem-estar biopsicossocioespiritual.

Devido ao crescente impacto que o suicídio vem causando nas estatísticas mundiais, este estudo também evidencia que novas pesquisas que abordem o comportamento suicida na rede de saúde pública brasileira são fundamentais. Sugere-se que outras pesquisas relacionadas ao suicídio sejam realizadas para que os profissionais de saúde possam conhecer quais os fatores que levam o indivíduo à tentativa, e assim desenvolver estratégias de acompanhamento a estes indivíduos, na tentativa de intervir antes da consumação do ato.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.B.M. *et al*. Epidemiologia das intoxicações medicamentosas registradas no Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas de 2012-2016. Saúde e Pesquisa, v. 13, n. 2, p. 431-440, 2020.

Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). Suicídio informando para prevenir. Brasília: CFM/ ABP.

BAÉRE, F.; ZANELLO, V. O gênero no comportamento suicida: uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. Estudos de Psicologia, 23(2), 168-178, 2018.

BAHIA, C.A. *et al.* Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. Epidemiologia e Serviços Saúde; 29 (2). 2020.

JÚNIOR, C.J.S. *et al*. Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um Hospital Geral de Emergências do estado de Alagoas, Brasil. Medicina (Ribeirão Preto), v. 52, n. 3, p. 223-230, 2019.

KREUZ, G.; ANTONIASSI, R.P.N. Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. Psicologia em Estudo, 25, e42427. 2020.

LANGE, F.C.; BOLSONI, C.C.; LINDNER, S.R. Caracterização das violências autoprovocadas cometidas pelas pessoas idosas na Região Sul do Brasil de 2009 a 2016. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 24, 2021.

MEIRA, S.S. *et al*. Representações sociais de profissionais de emergência sobre prevenção de readmissões hospitalares por tentativa de suicídio. Trabalho, Educação e Saúde, 18(3), e00276108, 2020.

OLIVEIRA, M.I.V. *et al.* Fatores de risco e ideação suicida em pessoas com tentativa de suicídio, Fortaleza, Ceará, Brasil. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 12, n. 42, p. 2, 2020.

PAES, M.R. *et al.* Percepções de profissionais de enfermagem de um hospital geral sobre pacientes com comportamento suicida. Enfermagem em Foco, v. 11, n. 6, 101- 107, 2020.

STOPPA, R. G.; WANDERBROOCKE, A. C. N. S.; AZEVÊDO, A. V. S. Profissionais de Saúde no Atendimento ao Usuário com Comportamento Suicida no Brasil: Revisão Sistemática. Revista Psicologia e Saúde, 12 (4), 2020.

TEIXEIRA, S. M. O.; SOUZA, L. E. C.; VIANA, L. M. M. O suicídio como questão de saúde pública. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 31, n. 3, 2018.

CAPÍTULO 21

TRANSTORNO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DOR CRÔNICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

BRUNA APARECIDA DA SILVA[1]
LAURA FERNANDES MOREIRA TAVARES[1]
MARCELLA CHRISTINA AVELAR PIZA[1]
MARIA EDUARDA CALAZANS RESENDE[1]
MARIANA AMANDA DE SOUZA[1]
CINDY FREITAS PIEDADE[2]
MARIA PAULA GARCIA[2]
MARINA FERREIRA CHAGAS VOLPE[2]

1. Discente – Medicina na Universidade de Franca.
2. Discente – Medicina no Centro Universitário Municipal de Franca.

***Palavras-chave**: Dor crônica; Ansiedade; Depressão.*

1. INTRODUÇÃO

A dor crônica é definida como dor persistente ou recorrente, resultante de um dano tecidual por um processo patológico sem resolução, com duração maior que 3 meses, que pode se associar a efeitos agregantes e potencializadores (SOUZA *et al*., 2017; VENDRUSCULO-FANGEL, 2019; RODRI-GUES *et al*., 2021). É compreendida como uma experiência sensorial que envolve uma sequência de eventos cognitivos e comportamentais e aspectos biológicos, psicológicos e sociais, que gera uma ameaça à integridade existencial, acarretando prejuízos em diferentes âmbitos da vida (MESSIAS *et al*., 2020; CARDOSO *et al*., 2021; COHEN *et al*., 2018; ROCHA *et al*., 2021; WILLIAMS *et al*., 2016).

Estimativas mostram que uma em cada cinco pessoas no mundo sejam impactadas pela dor crônica, afetando suas atividades laborais, associando-se a altos custos econômicos decorrente de incapacidades e aposentadorias precoces. Além disso, a dor crônica imputa peso no sistema de saúde pelo baixo sucesso no tratamento da mesma, que se relaciona principalmente a incapacidade de considerar todos os aspectos biopsicossociais do processo de dor (SOUZA *et al*., 2017).

O envelhecimento da população é um fato mundial incontestável, o que implica fundamentalmente no aumento das doenças crônicas, dentre elas as oncológicas, e na dor crônica, principalmente as musculoesqueléticas que provocam comprometimentos funcionais e emocionais, principalmente a sintomatologia depressiva e ansiosa (SILVA *et al*., 2018). Estudos mostram que a prevalência de distúrbios psiquiátricos na maioria dos pacientes com dor crônica é mais frequente quando relacionado a população geral, e o comportamento dos pacientes deprimidos tende a diminuição da interação social, principalmente na população idosa, o que desencadeia piora nos quadros álgicos que levam a potencialização dos sintomas depressivos, gerando uma repetição sem fim que diminui drasticamente a qualidade de vida (SILVA *et al*., 2021).

O modelo biomédico corrobora para o desprezo e má compreensão da dor crônica, uma vez que há desconhecimento do comportamento desse tipo de dor (SOUZA *et al.*, 2017). Atrelado à tal fato, temos a incompreensão do tratamento e uso incorreto de medicamentos para cessar o quadro, dado que o conhecimento acerca dos efeitos colaterais é raso e a automedicação por parte dos pacientes é intensa. Vê-se o uso desenfreado de classes de medicamentos para dor como opioides e analgésicos em países desenvolvidos, principalmente na presença de sintomas depressivos, e, de maneira oposta, há receio de seu uso em países da América Latina, incluindo o Brasil, pela crise do uso recreativo (BARROS *et al*., 2019; COSTA *et al*., 2021).

Diante desse cenário acerca da dor crônica, o estudo teve como objetivo avaliar a relação entre esse tipo de dor e a depressão, uma vez que é visto alto índice de falha terapêutica e comprometimento direto na qualidade de vida dos pacientes portadores. Além disso, melhorar o entendimento sobre a necessidade de uma abordagem diferenciada.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada no período de março de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores: dor crônica, depressão e ansiedade. Desta busca foram encontrados 1950 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, 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 30 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: biomarcadores da dor, resiliência mediante à dor crônica, grupos de maior incidência e patologias de maior associação com a dor crônica e transtornos psiquiátricos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência de dor crônica e quadros álgicos com persistência superior à 3 meses, apresentam níveis crescentes nas últimas décadas. Com esta realidade, foi possível estabelecer a importância da utilização de alguns elementos bioquímicos, como é o caso dos biomarcadores, para a identificação e seguimento dos pacientes com patologias crônicas. De acordo com a literatura a quantidade dessas moléculas são muito mais significativas no paciente com cronicidade da dor. Entre todos, as citocinas são os biomarcadores de maior destaque, sendo que a IL-6 é a que possui maior associação, a produção desta interleucina é estimulada pela presença de algum agente infeccioso ou pela presença de outras interleucinas, como a IL-1 e TNF-alfa, seu efeito pró-inflamatório é de caráter agudo, porém existem estudos demonstrando que quanto maior a sua concentração, maior é a gravidade do quadro crônico do paciente (VENDRUSCULO-FANGEL, 2019; KORWISI *et al.*, 2021).

O aumento das citocinas também é capaz de desencadear um acréscimo na secreção de cortisol, este hormônio aparece com frequência relacionado a presença de dor crônica, juntamente com as mudanças da parte emocional, como ansiedade e sintomas depressivos. Em relação ao óxido nítrico existem vestígios na literatura sobre seu aumento em processos patológicos crônicos, porém faltam estudos que comprovem tal assertiva. Além disso, há sensibilização periférica e central decorrente da ativação do complemento por autoanticorpos (VENDRUSCULO-FANGEL, 2019; FANGEL, 2018; LACAGNINA *et al*., 2021).

Em contrapartida aos biomarcadores, existem alguns neurotransmissores capazes de suprimirem a dor do paciente, como é o caso da serotonina, noradrenalina, dopamina e endorfina, estes se encontram reduzidos nos pacientes que possuem a dor crônica e sintomas depressivos. Para amenizar tal situação é necessário que o paciente passe por mudanças no estilo de vida, dando ênfase principalmente na realização de atividade física que possibilita o aumento desses neurotransmissores (SILVA *et al.*, 2018).

Ademais, é viável compreender que a origem da dor pode ser de variadas formas. Nesse âmbito destacam-se algumas comorbidades que desencadeiam dores de difícil controle, a se destacar a fibromialgia, as doenças osteomusculares e as oncológicas. As doenças osteomusculares, por vezes estão associados a quadros de importante limitação individual a qual aumenta proporcionalmente o número de sintomas depressivos, seja pela própria doença base que muitas vezes impõe certo nível de restrição a movimentos, ou pela própria dor que muitas vezes é tão intensa que se torna incapacitante. As dores oncológicas, por sua

vez, englobam tanto as manifestações clínicas associadas diretamente às disfunções celulares e dos sistemas acometidos como aquelas relacionadas ao tratamento, como quimioterapia e radioterapia. Por fim, a fibromialgia, que atinge em suma maioria a população feminina, está relacionada a presença de dor com distribuição generalizada, de difícil controle e com ausência de uma origem ou tratamento definitivo pré-determinado. O conhecimento da origem da dor crônica é de suma importância para entender a magnitude de seus efeitos (MESSIAS *et al*., 2020; DONATTI *et al*., 2019; VASCONCELOS, 2018).

Devido a esses fatores, percebe-se que o manejo da dor, em alguns casos é de difícil controle o que facilita a presença e uma prevalência significativa de dor crônica na população mundial, bem como propicia a associação do quadro com comorbidades secundárias. Desta forma, o tema se transformou em estudos que buscam o entendimento acerca de como diferentes grupos de indivíduos lidavam com o quadro clínico, chegando a resultados onde aproximadamente 80% dos participantes apontaram que de alguma forma a dor influencia negativamente suas atividades diárias, autonomias e principalmente a qualidade de vida (MESSIAS, *et al.,* 2020; MAEMURA *et al*., 2021; RODRIGUES *et al*., 2021; ROUGHAN *et al*., 2021).

A associação de todos esses fatores cria um quadro de expectativa quanto à sua melhora clínica e consequente frustração nos pacientes se transformando em importantes fatores independentes ao desenvolvimento de comorbidades como ansiedade, insônia e depressão. Os estudos apontam que é comum os pacientes apresentarem uma tensão sobre a sua dor, o que aumentaria significativamente os índices de ansiedade perante seu quadro clinico. Os resultados apontam ainda que dentre a população, os grupos que mais sofreriam interferência psicológica negativa, ou seja, catastrofização da dor, correspondem ao sexo feminino, idosos e obesos, cujas adaptações seriam menos toleradas. Em contrapartida, níveis mais altos de esperança estão relacionados a níveis mais baixos de dor e de sintomas psicológicos como ansiedade e depressão (STORCHI *et al.,* 2016; MAEMU-RA *et al*., 2021; RODRIGUES *et al.,* 2021; MARTINEZ-CALDERON *et al*., 2019; OR *et al*., 2021).

Podemos dizer que resiliência é nossa capacidade de se adaptar às circunstâncias estressantes, diminuindo nossa percepção do mesmo. Quanto maior essa capacidade, maior facilidade de aceitar e adaptar a dor. Estudo em Porto Alegre através de um conjunto de variáveis, tentou inter-relacionar o tema resiliência com a dor crônica, classificando os indivíduos em três classes latentes. A primária, com menor grau de severidade da dor, foi associada a indivíduos mais jovens, onde os homens se mostraram com uma maior resiliência. Associaram isso ao papel na sociedade, já que muitas mulheres ainda trabalham apenas em casa, se tornando menos tolerantes a estresses em relação a família e amigos (SOUZA *et al.*, 2017).

A secundária, com predomínio de mulheres mais velhas, acima de 54 anos, com um nível de escolaridade menor, sem emprego. Aqui nos mostrou como a atividade laboral pode interferir, sendo que os homens possuem mais dificuldades a procurar ajuda profissional e muitas vezes usam o álcool para aliviar o estresse, diferente das mulheres. Além de ter uma maior prevalência de depressão nos indivíduos que perderam o emprego. Na terciária foram predominantemente indivíduos com fibromialgia, devido a gravidade da doença e maior severidade dos sintomas (SOUZA *et al*., 2017).

Dessa maneira podemos ver que as pessoas necessitam de diferentes abordagens em seus

atendimentos. Concluíram que os pacientes com resiliência primária precisariam de cuidados habituais e monitoramento para garantir o equilíbrio e bem-estar. Já os da resiliência secundária necessitariam mais de apoio e reforços nos recursos de enfrentamento. Os mais assistidos deviam ser os terciários, uma vez que necessitariam de uma abordagem multidisciplinar. Isso é reflexo do comprometimento que devemos ter com a saúde mental desses indivíduos (SOUZA *et al.,* 2017).

Mesmo com avanço dos estudos sobre tratamento dessas condições muitos pacientes ainda tem dificuldade com tal, devido a presença de comorbidades, como depressão e ansiedade, interferência no sono, o que torna necessário uma reabilitação biopsicossocial multidisciplinar. Dados da literatura, com relação à idade, mostram que a média desses pacientes é acima de 50 anos e é inversamente proporcional ao nível de escolaridade dos mesmos, com redução à medida que este nível aumenta (VILLA *et al*., 2021; SILVA *et al*., 2021; BJÖRNSDÓTTIR *et al*., 2016).

A expectativa de vida brasileira nas últimas décadas apresentou um significativo aumento, refletindo em uma porcentagem crescente de idosos na população, em conformidade ao que também ocorreu em alguns países desenvolvidos e àqueles em desenvolvimento. O envelhecimento populacional associa-se à maior prevalência de algumas comorbidades comuns em tal faixa etária, como as doenças osteomusculares e as dores crônicas. Junto a isso, os índices demonstram haver uma ligação intrínseca entre os quadros depressivos e de isolamento social associado às limitações impostas pela dor (SILVA *et al*., 2018 ; SANTOS *et al*., 2017; STORCHI *et al*., 2016; ORHURHU *et al*., 2019).

Dentre a população idosa envolvida nos estudos, englobando ambos os sexos, mesmo apresentando um prejuízo significativo e global à qualidade de vida dos idosos estudados, alguns indivíduos apresentavam melhor resposta à essa alteração com níveis de acometimentos psicológicos mais brandas, a exemplo dos idosos que participavam de alguma atividade de convivência e socialização, corroborando para a teoria de que a socialização seria um dos fatores protetivos e de auxílio ao quadro depressivo (SILVA *et al.,* 2018; SANTOS *et al*., 2017).

Quanto ao gênero, os estudos buscaram entender a forma como os sexos lidam com a dor. As mulheres, de forma geral, apresentaram maiores taxas de prevalência de dor crônica quando comparadas ao sexo masculino, e também reagiam a ela de forma diferente. Enquanto os homens, no geral se limitam apenas pela parte física, as mulheres tendem a apresentar maior atribuição do fator psicológico sobre a dor, além de possuírem uma prevalência maior de dor somática (ALVES *et al*., 2021; ORHURHU *et al.*, 2019).

Ainda em relação a gênero, podemos dizer que no domínio psicológico possuímos diferenças, uma vez que os sentimentos negativos como mau humor, ansiedade e tristeza são mais frequentes no sexo feminino. Algumas fontes citam que as mulheres possuem um subtratamento, ao contrário dos homens que são encaminhados mais rapidamente e tem melhor tratamento para as queixas álgicas. E todo o paciente possui algum nível de depressão, sem diferença significativa entre os sexos, e alguns relacionam isso até com a empatia dos profissionais de saúde, pois se sentem mais frustrados e negligenciados (VILLA *et al*., 2021; FERREIRA *et al.*, 2016).

Todavia, apesar de a maioria dos estudos apontarem uma discrepância entre os sexos negativa paras as mulheres, tais teorias não conseguiram ser totalmente comprovadas, pois,

quando comparados ambos os sexos com a mesma sintomatologia incluindo dor e quadros de alterações psicológicas, o sexo feminino apresentou um potencial de melhora do quadro depressivo superior ao sexo masculino, a isso atribuíram à maior facilidade feminina no envolvimento e manutenção de sua vida social que os homens, o que configuraria em um apoio externo ao processo de tratamento psicológico (ALVES *et al.,* 2021).

Já em relação a sintomatologia, um estudo brasileiro mostra que as principais causas de dor são a presença de comorbidades, como neuralgia, acidente vascular cerebral e cirurgias. E a intensidade da dor não houve diferença entre os gêneros. Como dito anteriormente, o tratamento deve variar em relação a adaptações do paciente, mas os antidepressivos tricíclicos, inibidores de receptação de serotonina e noradrenalina são mais utilizados. Dos quais recebem o tratamento apenas 30 a 50 % são aderentes, mas isso não mostrou diferença na intensidade da dor (VILLA *et al*., 2021; FERREIRA *et al.*, 2016).

Em relação a dor neuropática essa é intensa e de difícil manejo, afeta a qualidade de vida desses pacientes, devido a uso intenso de medicações. A mesma envolve inúmeras condições, podemos citar como exemplo o sistema somatossensorial e a ativação de nociceptores, que podem ser causadas por etiologias como diabetes, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, cirurgias e quimioterapias. As manifestações costumam ser variáveis, pela distinção na iniciação e manutenção da neuroinflamação, fatores hormonais que aumentam limiar da dor, como o estrogênio. Mas além de gênero também faz parte fatores ambientais, sociais e psicológicos (VILLA *et al.*, 2021; KOSEC *et al*., 2016).

Quando citamos a migrânea crônica primária, não é possível estabelecer um fator causal, mas esta é a primeira causa de incapacidade em indivíduos com menos de 50 anos, afetando domínios profissionais, acadêmicos, sociais, familiares e pessoais. A maioria da população não possui conhecimento sobre sua doença, o que dificulta estes no manejo da dor e tratamento. Foi identificado que pacientes com migrânea tendem a se automedicar, abusando de analgésicos, fator que foi associado ao processo de migrânea crônica. Sendo que abordagens baseadas em educação minimizariam esse uso indiscrimi-nado e ajudaria a gerenciar a dor do paciente (DANTAS *et al.*, 2021).

Devido aos fatores citados anteriormente, nos mostra a importância em relação a percepção das condições de saúde do paciente, para ajudá-lo a desmistificar crenças e fornecer conhecimento sobre seus fatores etiológicos, sintomas e manejo. Além disso, é importante avaliar e medir os aspectos relacionados às queixas álgicas, uma vez que é dependente da experiência do paciente, levando em conta características físicas, sensoriais, afetiva e temporal. Ainda são necessários mais estudos para trazer uma educação baseada em neurociência associada a um plano terapêutico multidisciplinar (DANTAS *et al.*, 2021; ALVES *et al.,*2021).

4. CONCLUSÃO

Logo, esse tema foi trazido em questão para melhor entendimento da condição na vida dos indivíduos e para mostrar a necessidade de uma abordagem individualizada e multidisciplinar.

Sendo assim, a dor crônica é compreendida como uma experiência sensorial que envolve aspectos físicos, emocionais e sociais, gerando prejuízos nas atividades diárias, na autonomia, na vida financeira e, principalmente, na qualidade de vida.

Dentre os grupos mais acometidos o sexo feminino e a idade avançada têm destaque. O fato de a expectativa de vida da população brasileira apresentar um aumento significativo também contribui como um fator adicional para a dor, pois há maior prevalência de algumas comorbidades comuns em tal faixa etária.

Percebe-se que o manejo da dor crônica é de difícil controle devido ao seu baixo sucesso no tratamento, o que facilita a presença e uma prevalência significativa de dor crônica na população mundial, bem como propicia a associação do quadro com comorbidades secundárias. Isso se deve principalmente à incapacidade do modelo biomédico de considerar todos os aspectos biopsicossociais do processo de dor, muitas vezes não havendo uma abordagem multidisciplinar.

Por ter diversas etiologias e muitas das vezes origem multifatorial a abordagem com o paciente deve englobar todas essas variáveis, devendo ser uma abordagem individualizada; ainda que sejam necessários mais estudos evidenciando a neurociência associada a um plano terapêutico multidisciplinar.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D. *et al*. Sintomas depressivos na lombalgia crônica: uma revisão integrativa da literatura. Psicologia, Saúde & Doenças, v. 22, p. 620-635, 2021.

BARROS, G.A.M. *et al*. Uso de analgésicos e o risco da automedicação em amostra de população urbana: estudo transversal. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 69, p. 529-536, 2019.

BJÖRNSDÓTTIR, S.V. *et al.* Health-related quality of life improvements among women with chronic pain: comparison of two multidisciplinary interventions. Disability and Rehabilitation, v. 38, p. 828-836, 2016.

CARDOSO, G.V. *et al*. Tradução e adaptação transcultural de seis perguntas breves de triagem dos aspectos biopsicossociais da dor crônica. Brazilian Journal of Pain, v. 4, p. 37-42, 2021.

COHEN, M. *et al.* Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. Pain reports, v. 3, e634, 2018.

COSTA, A.G.S. *et al.* Risco de abuso de opioides em ambulatório de dor crônica não oncológica. Brazilian Journal of Pain, v. 4, p. 193-197, 2021.

DANTAS, M.I.O. *et al*. Pacientes com migrânea crônica apresentam baixo nível de conhecimento sobre neurofisiologia da dor. Brazilian Journal of Pain, v. 4, p. 339-343, 2021.

DONATTI, Ariel *et al*. Relação entre a intensidade de dor lombar crônica e limitações geradas com os sintomas depressivos. Brazilian Journal of Pain, v. 2, p. 247-254, 2019.

FANGEL, L.M.V. Vivência da dor crônica em pacientes com artrite reumatoide e sua correlação entre aspectos biopsicossociais e biomarcadores plasmáticos. 168f. Tese (Doutorado em Ciências e Tecnologias em Saúde) – Universidade de Brasília – Brasília, DF, 2018.

FERREIRA, K.A.S.L. *et al*. Prevalência de dor crônica em área metropolitana de um país em desenvolvimento: um estudo populacional. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 74, p. 990-998, 2016.

KORWISI, B. *et al*. Not really nice: a commentary on the recent version of NICE guidelines [NG193: chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain] by the Pain Net. Pain reports, v. 6, e961, 2021.

KOSEK, E. *et al*. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? Pain, v. 157, p. 1382-1386, 2016.

LACAGNINA, M.J. *et al*. Autoimmune regulation of chronic pain. Pain reports, v. 6, e905, 2021.

MAEMURA, L.M. *et al*. Avaliação de uma equipe multidisciplinar no tratamento da dor crônica: estudo intervencionista e prospectivo. Brazilian Journal of Pain, v. 4, p. 327-331, 2021.

MARTINEZ-CALDERON, Javier *et al.* Pain catastrophizing and function in individuals with chronic musculoskeletal pain. The Clinical journal of pain, v. 35, p. 279-293, 2019.

MESSIAS, C.R. *et al*. Dor crônica, depressão, saúde geral e suporte social em pacientes fibromiálgicos e oncológicos. Revista Psicologia e Saúde, v. 12, p. 41-51, 2020.

OR, D.Y.L. *et al.* Hope in the context of chronic musculoskeletal pain: relationships of hope to pain and psychological distress. Pain reports, v. 6, p e965, 2021.

ORHURHU, V. *et al.* Depression trends in patients with chronic pain: an analysis of the nationwide inpatient sample. Pain Phys, v. 22, p. E487-94, 2019.

ROCHA, J.R.O. *et al*. Caracterização de fatores biopsicossociais de pacientes com dor lombar crônica inespecífica. Brazilian Journal of Pain, v. 4, p. 332-338, 2021.

RODRIGUES, A.C. *et al.* Fatores que influenciam a qualidade de vida em dor neuropática, musculoesquelética e oncológica. Brazilian Journal of Pain, v. 4, p. 31-36, 2021.

ROUGHAN, W.H. *et al*. Comorbid chronic pain and depression: Shared risk factors and differential antidepressant effectiveness. Frontiers in psychiatry, v. 12, p. 1-13, 2021.

SANTOS, K.A.S. *et al*. Transtorno de ansiedade em idosos com dor crônica: frequência e associações. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 20, p. 95-102, 2017.

SILVA, M.R. *et al*. Sintomas depressivos em idosos e sua relação com dor crônica, doenças crônicas, qualidade do sono e nível de atividade física. Brazilian Journal of Pain, v. 1, p. 293-298, 2018.

SILVA, S.M.C. *et al.* Comprometimento da qualidade de vida por ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. Brazilian Journal of Pain, v. 4, p. 216-220, 2021.

SOUZA, I. *et al*. Perfil de resiliência em pacientes com dor crônica. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, e00146915, 2017.

STORCHI, S. *et al.* Qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em idosas com e sem dor musculoesquelética crônica. Revista Dor, v. 17, p. 283-288, 2016.

VASCONCELOS, F.H. & ARAÚJO, G.C. Prevalência de dor crônica no Brasil: estudo descritivo, Brazilian Journal of Pain, v. 1, p. 176-179, 2018.
.

VENDRUSCULO-FANGEL, L.M. *et al*. Alterações nos níveis plasmáticos de biomarcadores de pacientes com dor crônica. Brazilian Journal of Pain, v. 2, p. 274-278, 2019.

VILLA, L.F. *et al*. Dor crônica neuropática: qualidade de vida, sintomas depressivos e distinção entre os sexos. Brazilian Journal of Pain v. 4, p. 301-305, 2021.

WILLIAMS, A.C. What can evolutionary theory tell us about chronic pain?. Pain, v. 157, p. 788-790, 2016

CAPÍTULO 22

SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DE MEDICINA

JHEMILY LOPES LIMA VILAÇA[1]
FERNANDA CÂNDIDA DE ARAÚJO[1]
RHAISSA VASCONCELOS MELO[1]
FERNANDA ROCHA FERREIRA[1]
JOSÉ AUGUSTO PIRES[1]
ALESSANDRA SIMÕES PASSOS[2]
JULIANE VIEIRA DE MENDONÇA SOUSA[2]
OSVALDO RAMOS DOS SANTOS SOUSA NETO[2]
LETÍCIA XAVIER DE SOUSA PEDRO[3]
MARIA EDUARDA BARILLARI CANO[4]
KARINA RACHID DE BEM[4]
ANA JÚLIA RIBEIRO SAMPAIO[5]

1. Discente – Universidade de Rio Verde.
2. Discente – Universidade Nilton Lins.
3. Discente - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
4. Discente - Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA).
5. Discente - Faminas Muriaé.

***Palavras-chave**: Síndrome de Burnout; Medicina; Universitários.*

1. INTRODUÇÃO

Apriori, a síndrome de Burnout, também apresentada como estafa, estresse e estresse ocupacional, é um problema social que vem ganhando cada vez mais destaque, seja pelas mudanças tecnológicas que envolvem o trabalho, ou pelo aumento da carga horária de trabalho e estudo nos dias atuais (ROTENS-TEIN *et al*., 2018).

O termo "Burnout", derivado de um jargão inglês, significa "aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia". Logo, a síndrome de Burnout é a definição de um indivíduo que chegou ao seu limite e sente-se esgotado (SOLIS *et al.*, 2019).

Ademais, as manifestações de Burnout são caracterizada por três dimensões: exaustão emocional, desumanização (ou despersonalização) e reduzida, ou até mesmo ausência de realização profissional (MASLACH *et al*., 2010). Esse estresse e esgotamento profissional estão intimamente relacionado com sentimento e sensação de inutilidade, desqualificação e/ou incapacidade, além da estafa tanto mental quanto física. Tais sinais podem culminar em angústias e inquietações, potencializando quadros depressivos e/ou ansiosos (MATA *et al*., 2015). Visto que, durante o percurso da formação os médicos não são educados a cuidarem de si, e do seu bem estar mental, apesar da alta carga de tensões e do elevado nível de ocupações (NASSAR *et al.,* 2018). Por conseguinte, constata-se a desumanização, a qual é pautada em um distanciamento das relações sociais, no qual o indivíduo torna-se apático e introspectivo, com o fito de mitigar o cansaço e estresse (DRYBYE *et al*., 2016).

Os sintomas mais característicos são exaustão emocional e distanciamento afetivo. A exaustão emocional abrange sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia; aumento da suscetibilidade para doenças, cefaleia, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono. O distanciamento afetivo provoca a sensação de alienação em relação aos outros, sendo a presença destes muitas vezes desagradável e não desejada (CAZOLARI *et al.*, 2020).

Essa síndrome acomete tanto profissionais da área médica, quanto estudantes. Isso é fruto das características próprias e típicas do curso de medicina, o qual é exaustivo e árduo, desde o ingresso com os vestibulares e concorrido processo de seleção, até o própria extensão da formação, além da própria conclusão da faculdade e futuros destinos, como a fatigante jornada de estudos para o ingresso na residência almejada (SOLIS *et al.,* 2019). Logo, constata-se que durante todo o ciclo de estudos o estresse faz-se presente frente a competitividades, possível privação de lazer, convívio diário com a morte e prognósticos ruins, contato médico-paciente e intenso quantitativo de conteúdos, informações, o que acaba levando a uma cobrança tanto externa quanto interna. Diante do aumento da incidência de síndrome de Burnout, e outros sintomas psicológicos entre estudantes de Medicina, entende-se a importância de estudar o assunto e propor medidas de prevenção e controle (O´MARR *et al.*, 2022; MIAN *et al*., 2018).

O objetivo do presente estudo, foi apresentar a incidência da síndrome de Burnout em estudantes de medicina, sua prevenção e controle.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de março, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO, LILACS e Medline. Foram utilizados os

descritores: síndrome de Burnout, universitários, estudantes de medicina. Desta busca foram encontrados 11 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; publicados no período dos últimos 5 anos que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão e 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 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: a incidência, a prevenção e o controle.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os processos desencadeantes da Síndrome de Burnout (SB) são variados, mas todos confluem para o mesmo problema que é a exaustão do indivíduo diante do envolvimento intenso na realização de suas tarefas. A medicina por ser um curso com características altamente exigentes possui potencial risco para o desenvolvimento dessa síndrome. De acordo com estudo realizado por (MATA *et al*., 2015) foi possível constatar a maior prevalência da SB no gênero feminino. Os dados obtidos no trabalho indicam um perfil sociodemográfico característico, no qual demonstra que o aumento da idade e os últimos anos do curso, aumentam as chances de desenvolvimento da SB.

Outro fator preditor da síndrome indicado na pesquisa demostra que as estudantes de medicina não se sentem valorizadas e reconhecidas pela realização de suas atividades, nem recompensadas pelos objetivos alcançados quando comparadas ao sexo masculino. Além disso, afirmaram não serem capazes de controlar a demanda exorbitante dos afazeres acadêmicos associados com a vida social, no qual necessitam dispor de tempo para a criação dos filhos e cuidados com a casa (DRYBYE, *et al.*, 2016).

Diante disso, uma carga horária excessiva com aulas extensas e expositivas vão somando para a piora do estado mental. Além das cobranças externas, como dos familiares e professores que muitas vezes não reconhecem os esforços exercidos pelo estudante, da preparação para o mercado de trabalho, das atividades extracurriculares e também da competição interna entre os próprios colegas de curso. Tem-se como resultado situações que vão acumulando e culminando para a ausência de tempo para os lazeres, práticas de atividades físicas, diminuição da autoestima, sentimento de insuficiência, medo de cometer erros e outros (O´MARR, *et al.*, 2022).

Observou-se que estudantes de medicina à medida que iam passando pelos períodos na faculdade desenvolviam uma menor Eficácia Profissional (EP). A pesquisa foi feita com 248 acadêmicos matriculados em 3 escolas médicas durante os anos de 2015, 2016 e 2017. No primeiro período os alunos obtiveram EP com Média de 28,67 e uma Desvio-Padrão (DP) de 6,10. No terceiro período, a média da EP caiu para 26,54 e a DP foi de 6,89, mostrando assim uma redução de 2,13 pontos na média de um ano para o outro. No quinto período, observou-se uma queda da Média de 1,54 pontos em relação ao ano anterior, ficando em 25,00 e a DP de 7,68. No sétimo período, esta pontuação teve um aumento de 1,77 pontos na Média, elevando-a para 26,77 e uma DP de 5,93. Mesmo com esse aumento, o valor da EP continuou inferior quando comparado ao primeiro

ano de ingresso na faculdade (HOJAT, *et al.*, 2015).

Logo, constata-se que competição, professores despreparados, excesso de atividades, horários que demandam dedicação exclusiva são fatores prejudiciais à qualidade de vida dos participantes da pesquisa. Em contrapartida, a empatia está diretamente relacionada a favor da EP e contra a descrença, ambas relacionadas à Síndrome de Burnout (HOJAT, *et al.*, 2015).

4. CONCLUSÃO

Conclui-se, então, que o Burnout é uma síndrome psicológica que surge diante de um cenário de estresse, sendo trabalho ou estudos, tratando-se então de um estado crônico emocional. Quando se trata dos estudantes de medicina, estes desenvolvem a SB devido à presença de algumas causas, como a quantidade de material de estudo, a falta de tempo para a realização de todas as atividades acadêmicas, o estresse em período de provas, as questões financeiras, o confronto com a morte e o sofrimento, e o medo de abandono ou falhas durante o curso da faculdade. Assim, os estudantes acabam ficando sobrecarregados de sentimentos de raiva, constrangimento, medo ou frustração. Mesmo que os cursos de medicina se empenhem em apoiar os alunos durante o processo de formação, os estudos ainda mostram que esses sofrem angústia pessoal.

A educação médica deve ser estabelecida de forma saudável e com o objetivo de formar profissionais para cooperar na busca do bem-estar do paciente, e não como uma corrida pela classificação individual.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAZOLARI P.G, CAVALCANTE M.S, DEMARZO M.P.P, *et al.* Burnout and Well-Being Levels of Medical Students: a Cross-Sectional Study. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 44, n.4, p.e125. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/b7kWwbpDkjZqxYkrjgZ7JD. Acesso em: 29 mar. 2022.

DEGGERONE I, *et al.* Síndrome de Burnout em estudantes de medicina. Cadernos ESP [Internet]. 19º de abril de 2021. Disponível em: //cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/495. Acesso em: 28 mar. 2022.

DRYBYE L, SHANAFELT T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Medical Education, v.50, n.1, p. 132-149, 2016.

HOJAT M, VERGARE M, ISENBERG G, COHEN M, SPANDORFER J. Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. International Journal of Medical Science and Education 2015; 6:12-6.

MATA D.A, RAMOS M.A, BANSAL N., *et al.* Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA, v.314, n. 22, p.2373-2383, 2015.

MASLACH C, JACKSON S.E, LEITER M.P. Maslach burnout inventory manual. 3ª ed. California: Mind Garden, 2010. Acesso em: 29 mar. 2022.

MIAN A., KIM D, CHEN D, *et al.* Estudante de medicina e residente de burnout: uma revisão de causas, efeitos e prevenção. Journal of Family Medicine and Disease Prevention, v. 4, n.4, p. 1-8. Disponível em: https://www.clinmedjournals.org/articles/jfmdp/journal-of-family-medicine-and-disease-prevention-jfmdp-4-094.php?jid=jfmdp. Acesso em: 29 mar.2022.

NASSAR, M.L, *et al.* Síndrome de Burnout em Estudantes de Graduação de Medicina no Brasil: uma Revisão do Panorama Brasileiro. Espaço Para a Saúde: Artigo de Revisão. 1517-7130/es. 2021v22.e721.

O´MARR J.M, CHAN S.M, CRAWFORD L, *et al.* Percepções sobre Burnout e o Ambiente de Aprendizagem da Faculdade de Medicina de Estudantes de Medicina que Estão Sub-representados na Medicina. JAMA Netw Open, v. 5, n.2, p. e220115, 2022.

ROTENSTEIN L.S, TORRE M, RAMOS M.A, *et al.* Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. JAMA, v. 320, n. 11, p. 1131-1150, 2018.

SOLIS A.C, LOTUFO NETO F. Predictors of quality of life in Brazilian medical students: a systematic review and meta-analysis. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 41, n. 6, p. 556-567,2019.

CAPÍTULO 23

CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS, VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL EM DOCENTES DE MEDICINA

JHEMILY LOPES LIMA VILAÇA [1]
GABRIEL DE JESUS SANTOS [1]
NAYARA DA SILVA GALDINO [1]
NEMIAS DA COSTA ALVES [1]
DIVINO DE ASSIS JÚNIOR [1]
MARCELO HENRIQUE LIMA FERREIRA [2]
DÉBORA TEIXEIRA VIANA [2]
VITÓRIA LIMA DA SILVA SOUZA [2]
FRANCISCO WELLINGTON DOS SANTOS DA SILVA [2]
LAISSA INACIO DA SILVA [2]

1. Discente – Universidade de Rio Verde.
2. Discente – Universidade Federal de Alagoas.

***Palavras-chave**: Condições psicossociais; Docente; Saúde mental; Violência.*

1. INTRODUÇÃO

O transtorno mental é uma condição com diversas apresentações clínicas. Essa síndrome irá afetar os âmbitos cognitivo, social, emocional e comportamental do indivíduo, dificultando a sua interação com o meio em que habita. Atualmente, é perceptível o acréscimo nas patologias psíquicas na sociedade, tal fato se deve ao aumento dos fatores de risco para tais afecções: estresse, jornadas atenuantes de trabalho, nutrição inadequada, não adequação das horas de sono, entre outros. Na perspectiva educacional, o professor, em especial de medicina, é um indivíduo que está constante-mente em contato com tais condições de perigo, e, portanto, é um profissional que possui uma maior propensão de desenvolver tais afecções mentais (MACIEL, *et al*., 2012).

No âmbito econômico, Segundo Caroline, *et al.*, 2021) grande quantidade de profissionais da área que desenvolvem a Síndrome de Burnout, seus prejuízos envolvem diretamente a empresa que os contrata, demandaria de gastos que envolve seus quadros em questão, notando então o indivíduo envolve não apenas ele, mas também tudo que acontece em sua volta, psicossocial.

Ainda segundo a síndrome referida, o esgotamento de muitos profissionais, são em sua grande maioria os profissionais da saúde. Estes encarregam não apenas pelo campo docente, normalmente são médicos com seus plantões, o estresse diário de adrenalina, atenção com o sofrimento do próximo, passa por diversas experiências diárias do dia a dia, o que se torna um acumulado de percepções e emoções. Neste ato, em sua forma silenciosa confere a cada dia e tempo uma forma de sua limitação emocional e física. Corroborando para tanto, quanto a questões de irritabilidade, conferindo posteriormente situações como violência ainda não retratada.

Na esfera educacional, os principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais são ser do sexo feminino, efetivação no trabalho, possuir mais de 2 turnos, insalubridade ambiental e nas relações de trabalho, estar em contato com violência no ambiente universitário e uso de medicamentos para distúrbios do sono (MACHADO, LIMONGI, 2019; TREVISAN, 2020).

O perecimento das funções humorais e cognitivas são os principais gatilhos para ocorrer os agravos à saúde mental, principalmente quando estão relacionados ao ofício. Tais procedências propiciam a limitação nas mobilizações afetivas, motivacionais e na tomada de decisão (TREVISAN, 2020). Das condições relacionadas ao docente, foram demonstrados estudos que, problemas relacionados magnitude mental é um dos principais motivos ao afastamento de suas atividades diárias, tendo em vista a perturbação no campo emocional que dificulta a transmissão de conhecimentos para seus discentes (CRISTINA, EZEQUIEL, 2019).

A prática do ensino educacional leva a muitos desafios entre os docentes, seja ele em níveis de aprendizado. Seu processo diário para ensinar e aprender, leva desafios que podem estar presentes internamente. Os mesmos indivíduos travam uma luta entre mundo real e psicológico que ninguém, a não ser ele, conhece. Da mesma forma em seu campo de trabalho, sujeito a inúmeros problemas relacionados a violência, física, verbal e proporcionalmente envolvendo o campo mental.

O objetivo deste estudo é analisar as condições psicossociais, violência e saúde mental dos docentes de medicina, bem como a sua epidemiologia, e meios de detecção das afec-

ções mentais nesses profissionais de modo a auxiliar na detecção precoce destas patologias.

O objetivo deste trabalho é analisar as condições psicossociais, violência e saúde mental em docentes de medicina.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de março, através de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO, LILACS e Medline. Foram utilizados os descritores: condições psicossociais, violência, saúde mental, docentes. Desta busca foram encontrados 22 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; publicados no período dos últimos 5 anos que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão e 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 18 artigos submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: Aspectos epidemiológicos e Aspectos psicométricos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Aspectos epidemiológicos

Desde sua origem, os estudos em epidemiologia têm como objetivo descrever os fatores ambientais influentes na ocorrência de doenças, porém somente após o século XIX quando a distribuição das doenças em grupos humanos passou a ser medida e classificada é que a epidemiologia foi reconhecida formalmente (BATISTA *et al.,* 2016).

Os objetivos da epidemiologia envolvem descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde das populações humanas, proporcionar dados para planejar, executar e avaliar ações de prevenção, controle e tratamento de doenças, facilitar definições de prioridades, bem como identificar a etiologia das enfermidades (GARRICK *et al*., 2014).

A epidemiologia possui características interdisciplinares e relaciona-se com estudos psicológicos no campo da saúde/doença das populações, especialmente com base nas contribuições da psicometria, em busca de medidas de ocorrência de desfecho e medidas de associação ou efeito entre condições externas e funções psicológicas (BATISTA *et al.*, 2016).

Ao longo dos anos, mudanças ocorrem no âmbito laboral que provocam alterações no perfil de adoecimento dos trabalhadores, em razão das alterações provenientes da globalização (PORTZ, 2019). Nesse contexto, os transtornos mentais provenientes da sobrecarga laboral, dos conflitos interpessoais e do ritmo exaustivo no ambiente do trabalho ganham espaço no contexto de doenças ocupacionais (NEME, 2016).

As exigências e as condições de trabalho, assim como os modos de gestão dos processos produtivos e do desempenho dos trabalhadores, constituem aspectos determinantes da qualidade de vida e da saúde das pessoas, impondo a necessidade de permanente controle de riscos e de prevenção de agravos à saúde (JIN *et al.,* 2008).

Em termos gerais, estudos epidemiológicos buscam mensurar a distribuição de doenças em populações específicas, conforme o tempo e lugar, sejam por meio de delineamentos trans-

versais ou longitudinais (PEREIRA *et al.,* 2014).

A graduação ou o trabalho, representam, simultaneamente, uma atividade estruturante, no sentido da realização socioprofissional e de manutenção das condições de vida das pessoas, e, também, uma condição desestruturante, quando contribui, parcial ou totalmente, para a redução da capacidade laboral e aumento de doenças ocupacionais (TREVISAN, 2020).

Diante disso, cabe destacar que, no contexto educacional, os docentes são altamente acometidos por esse tipo de afecções. Estudos realizados nos últimos anos destacam que profissionais da educação, em sua maioria, do sexo feminino, com especialização como nível de escolaridade, que fazem uso de medicamentos para distúrbios do sono e, principalmente, que já presenciaram violência psicológica por alunos, apresentam maior prevalência de transtornos mentais. O fato de o sexo feminino se destacar como fator de risco, pode ser justificado pelas modificações educacionais brasileiras a partir da segunda metade do século XX, bem como em decorrência da extensa jornada de trabalho, a qual envolve a realização de atividades domésticas e profisisonais, sem o tempo adequado para se dedicar ao lazer e descanso (MACHADO *et al.,* 2019). Além disso, pode-se destacar que as mulheres são mais acometidas por esses transtornos, em razão das desigualdades de gênero (SENICATO *et al*., 2018).

Quando o estresse laboral atinge níveis elevados, pode ocorrer o desenvolvimento de Síndrome de Burnout, um Transtorno Mental comumente identificado entre professores no cenário nacional e internacional, composto de atitudes e sentimentos negativos percebidos em atitudes de despersonalização, falta de realização profissional e também refletida na exaustão emocional. Todos esses aspectos são secundários ao estresse e/ou à exposição prolongada a situações de frustração laboral (BATISTA *et al.,* 2016). Do mesmo modo, NEME, 2016, afirmou que os docentes atuantes na educação básica convivem com precárias condições de trabalho para realizar atividades que exigem grande responsabilidade e comprometimento e têm adoecido de forma preocupante, particularmente por doenças mentais, disfonias e LER (Lesões por Esforços Repetitivos).

Para além desses fatores, pode-se destacar que, a partir do período pandêmico, alguns eventos que se destacam no comprometimento da saúde mental dos docentes de ensino superior são a adequação às Tecnologias de informação e comunicação (TIC), a autocobrança e a pressão das Instituições de ensino Superior (IES). Nesse sentido, nota-se que, apesar de haver a possibilidade de oferta de componentes curriculares a distância pelo Ministério da Educação, não há a capacitação dos profissionais e as que são realizadas, ocorrem de forma rápida e não são efetivas, o que resulta nos impasses atualmente observados (GOMES, 2021).

É preciso ressaltar também o uso indiscriminado de medicamentos, pois Segundo a International Narcotics Control Board (2019), da Organização das Nações Unidas (ONU), o Brasil teve, em 2017, a compra de cerca de 8,3 toneladas de Diazepam, 2,5 toneladas de Clonazepam e 1,6/1,5 toneladas de Bromazepam, metilfenidato, Midazolam e Zolpidem, cada. Sendo um dos maiores consumidores no mundo de psicotrópicos, ao lado de países como Estados Unidos e China.

Essas tentativas de resolução dos problemas psicossociais por meio de medicamentos estão, ainda, intimamente relacionadas ao marketing investido pela indústria farmacêutica que, de modo irregular, incentiva o tratamento por meio de fármacos (PORTZ *et al*., 2019).

3.2. Aspectos psicométricos

Encontram-se na literatura vários estudos que avaliam a carga mental de trabalho entre profissionais da educação. Dessa forma, o instrumento construído para análise da saúde mental dos profissionais tem como base conceitual a ideia de que a carga mental de trabalho se relaciona com duas variáveis: o produto da relação entre exigências ou requisitos para a realização de determinadas atividades de trabalho e a capacidade de resposta do trabalhador. Contudo, apesar do aumento da quantidade de pesquisas nesse âmbito, ainda não se pode definir a carga mental de trabalho sem considerar os fatores individuais, ambientais e ocupacionais, que precedem a realização de determinadas atividades, as quais irão exigir o uso das capacidades mentais do trabalhador. Esse processo, no que lhe concerne, pode conduzir a agravos à saúde mental, quando ocorrer de forma desproporcionada (TREVISAN, 2020).

Os agravos à saúde mental dos trabalhadores podem ser medidos a partir do nível de exigência da capacidade intelectual de cada indivíduo. Nesse sentido, os trabalhadores que possuem capacidades inferiores ao exigido são acometidos pela sobrecarga mental de trabalho, enquanto os que possuem uma capacidade superior à exigida referem uma sobrecarga mental de trabalho. Dessa forma, os principais riscos psicossociais ocupacionais vivenciados por professores se correlacionam com a carga mental de trabalho, o que se reflete em forma de agravos à saúde mental (SEIBT *et al*., 2013).

Em casos mais complexos onde as cargas horárias e mentais de trabalho são elevadas há confusão entre a vida profissional e a afetiva, em estudos, trabalhadores relataram dificuldades em utilizar o tempo fora do ambiente de trabalho com a família ou destinar parte do tempo às atividades de lazer. Informações similares são destacadas em outro estudo realizado com professores que relatam a presença da atividade laboral mesmo durante o sono e o sonhar (TREVISAN, 2020).

A partir da existência de um desequilíbrio entre a carga horária exigida ao profissional, a capacidade intelectual e a saúde mental do mesmo, há o aparecimento de afecções, tais como a síndrome de Burnout, Transtorno Bipolar, Depressão, Ansiedade e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. A análise de tais quadros confirma os registros na literatura de que profissionais sobrecarregados mentalmente tendem a adoecer com maior intensidade do que o oposto (TREVISAN, 2020).

Diante disso, é importante destacar que um nível muito elevado de carga mental pode levar a erros de operação e a fadiga mental, visto que há aumento da carga psíquica de trabalho de forma proporcional ao aumento das exigências e da sua complexidade (TREVISAN, 2020). Portanto, ao considerar esse fator, justifica-se uma pesquisa realizada na França, durante o período da pandemia de Covid-19, com docentes universitários, que apresentam quadros agudos de sofrimento, como transtorno depressivo leve que podem evoluir para síndrome de Burnout e transtorno Bipolar (WANG *et al*., 2020).

Ainda que não seja completamente definida, a carga mental de trabalho é considerada um fator psicossocial, do qual o indivíduo deve ser protegido, visto que pode prejudicar a segurança do trabalhador, a sua satisfação no trabalho e, consequentemente, causa escassez de trabalhadores (BALDAÇARA *et al*., 2016). Além disso, um estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que o sofrimento dos docentes universitários decorrem em razão da autocobrança para organizar aulas, gravar podcasts, tirar dúvidas online, aplicar provas e ainda garantir o aprendizado discente (SHAW, 2020). Dessa

maneira, observa-se que a alta carga mental de trabalho reflete diretamente na vida do profissional sendo intensificada no contexto da pandemia de Covid-19.

4. CONCLUSÃO

Nos últimos anos com a expansão e evolução da tecnologia, tudo passou a acontecer de forma instantânea. As cobranças do mercado de trabalho aumentaram e gerou um grande transtorno à saúde mental das pessoas. Atualmente, todas as pessoas vivem sob alguma forma de pressão psicológica desde a criança no início de sua vida estudantil ao adulto que luta para ter uma renda para sua sobrevivência.

Dessa forma, trazendo para o âmbito acadêmico, nos últimos dois anos, os professores tiveram que se adaptar às mudanças exigidas de forma abrupta, pois estavam acostumados com o ensino presencial e de maneira súbita precisaram ministrar as aulas utilizando recursos de comunicação *online*. Contudo, essas mudanças segundo o estudo realizado, gerou um estresse que a longo prazo tornará crônico e poderá trazer muitos problemas a saúde psicossocial, ocasionando incapacidade físicas e mentais para realizar os trabalhos cotidianos podendo levar a depressão e até mesmo provocar o suicídio.

Sendo assim, levando-se em consideração os aspectos abordados no presente estudo nota-se que as pressões na vida individual desencadeiam problemas psicológicos afetando a qualidade de vida dos docentes. Portanto, torna-se necessário que os centros de ensino busquem inserir o profissional no mundo exterior para poder sair um pouco do seu universo de trabalho, já que a diminuição de fatores que causam o estresse no ambiente de trabalho das instituições de ensino é uma exigência que cresce a cada dia. Por fim, um ambiente de trabalho harmônico, pode amenizar o peso que as atribuições diárias causam na vida das pessoas, principalmente nesse período pandêmico. É preciso ter equilíbrio e motivação para realizar as atividades do seu cotidiano com prazer.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, J.B.V., CARLOTTO, M.S., DE OLIVEIRA, M.N., ZACCARA, A.A.L., DE OLIVEIRA BARROS, E., & DUARTE, M. C. S. (2016). Transtornos mentais em professores universitários: estudo em um serviço de perícia médica. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online, 8(2), 4538-4548.

BALDAÇARA, L., SILVA, Á.F., CASTRO, J.G.D., & SANTOS, G.D.C.A. (2016). Common psychiatric symptoms among public school teachers in Palmas, Tocantins, Brazil. An observational cross-sectional study. São Paulo Medical Journal, (AHEAD), 01-04.

CAROLINE, N.C. *et al*. A síndrome de Burnout entre as profissões e suas consequências. Brazilian Journal of Health Review, v.4, n.1, p.593-610, 2021.

CRISTINA, Luciana; EZEQUIEL, Jean. Prevalência e fatores relacionados a transtornos mentais comuns entre professores da rede municipal de ensino, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. V.17, n.3. Setembro, 2019.

GARRICK, A., WINWOOD, P. C., MAK, A. S., CATHCART, S., BAKKER, A. B., & LUSHINGTON, K. (2014). Prevalence and organisational factors of psychological injury among Australian school teachers. The Australasian Journal of Organisational Psychology, 7.

GOMES, Nadirlene Pereira *et al*. Saúde mental de docentes universitários em tempos de covid-19. Saúde e Sociedade, v. 30, p. e200605, 2021.

JIN, P., YEUNG, A. S., TANG, T. O., & LOW, R. (2008). Identifying teachers at risk in Hong Kong: Psychosomatic symptoms and sources of stress. Journal of Psychosomatic Research, 65(4), 357-362.

MACIEL, R. H. *et al.* Afastamentos por transtornos mentais entre professores da rede pública do Estado do Ceará. O público e o privado, v. 10, n. 19 jan. jun, p. 167-178, 2012.

MACHADO, Luciana Cristina; LIMONGI, Jean Ezequiel. Prevalência e fatores relacionados a transtornos mentais comuns entre professores da rede municipal de ensino, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 17, n. 3, p. 325-334, 2019.

PEREIRA, C., ALMEIDA, C., VEIGA, N., & AMARAL, O. (2014). Prevalence and determinants of insomnia symptoms among schoolteachers. Atencion Primaria, 46, 118-122.

PORTZ, R. M. Amazarray. Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores bancários do Rio Grande do Sul. Revista Psicologia Organizações e Trabalho. 2019

NEME GGS. Prevalência e fatores relacionados à transtornos mentais comuns entre professores universitários de uma Universidade Federal Brasileira [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2016.

SEIBT, R., SPITZER, S., DRUSCHKE, D., SCHEUCH, K., & HINZ, A. (2013). Predictors of mental health in female teachers. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 26(6), 856-869.

SENICATO, Caroline; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2543-2554, 2018.

TREVISAN, Karen Rayany Ródio *et al*. Avaliação da associação entre carga mental de trabalho, fatores de risco psicossociais ocupacionais e agravos à saúde mental de professores. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2020.

WANG, Cuiyan *et al.* Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 5, p. 1729, 2020.

SHAW, Keith. Colleges expand VPN capacity, conferencing to answer COVID-19. Network World, v. 2, 2020.

CAPÍTULO 24

O USO DE SUPLEMENTOS E VITAMINAS NO TRATAMENTO DE DESORDENS PSICOLÓGICAS E SEUS BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE MENTAL

ALLAN ANDRADE GONTIJO[1]

BRUNO HENRIQUE DE FARIA FREIRE[1]

MICHELLE PAZ ARAUJO[2]

1. Discente – Medicina Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.
2. Discente – Medicina FAMINAS-BH

***Palavras-chave**: Suplementação; Ansiedade; Depressão.*

1. INTRODUÇÃO

Com o aumento significativo das doenças e distúrbios de cunho emocional e psicológico nas últimas décadas, novos fármacos foram apresentados pela indústria farmacêutica visando tratar e sanar os distúrbios comportamentais dos pacientes, tais como ansiedade, depressão e insônia. Esses fármacos são relativamente seguros, entretanto, causam efeitos adversos, como prejuízo na realização de tarefas do dia a dia. Além disso, seu uso prolongado pode provocar dependência e, não raramente, o "desmame" se faz necessário. A coordenação motora também costuma ser prejudicada por esses fármacos.

À luz desse viés, diversos suplementos estão ganhando destaque por possuírem princípios bioativos ansiolíticos, sedativos e antidepressivos que mimetizam a ação do fármaco sintético, muitas vezes agindo de forma semelhante.

É de amplo entendimento que as doenças psicopatológicas possuem uma gama de fatores que modulam suas origens, deste modo, os eixos psicopatológicos escolhidos para serem abordados são: Ansiedade, depressão, depressão refratária, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e insônia. Alguns dos suplementos que possivelmente tem efeito e serão analisados são: Vitamina D; Vitamina B12; Magnésio; Melissa officinalis; Passiflora.

Conforme o desenvolvimento do capítulo, outros suplementos podem ser adicionados, além disso é necessária uma revisão das vias de síntese e metabolização dos neurotransmissores como: serotonina; GABA; cortisol; noradrenalina e dopamina. O entendimento das vias de síntese e metabolização associada aos estudos de como os suplementos atuam nessas vias ou na sintomatologia formaram o entendimento de quais suplementos devem, ou não, serem utilizados para cada psicopatologia.

A produção adequada dos neurotransmissores, vitaminas e hormônios no corpo humano é tão boa quanto modular a via final destas substâncias, assim, faz-se necessário a utilização de suplementos que atuem de forma benéfica e tenham menos efeitos adversos ao serem comparados com os fármacos existentes no mercado. O intuito deste capítulo é enunciar e estabelecer, embasado em artigos científicos atualizados, os suplementos alimentares - como vitaminas, fitoterápicos e minerais - que promovem uma melhora na função emocional dos indivíduos, podendo atuar como: neuromoduladores, cofatores enzimáticos, na síntese de neurotransmissores, na absorção dos nutrientes precursores de neurotransmissores, na biodisponibilidade ou na excreção das moléculas essenciais para o balanço psíquico individual. Tendo como efeito final a melhora do quadro geral da saúde mental e da sintomatologia dos indivíduos.

2. VITAMINA D

A vitamina D é um hormônio neuroesteróide formado majoritariamente através da exposição ao sol e pode ter um importante papel no desenvolvimento da depressão. Um estilo de vida sem exposição ao sol pode gerar deficiência de vitamina D. As fontes alimentares de vitamina D são escassas e os seres humanos dependem principalmente da síntese cutânea.

A hipovitaminose D é bastante frequente em nosso país. A avaliação laboratorial deve ser realizada por meio da mensuração da 25 hidroxivitamina D (25(OH)D) e devem ser considerados indivíduos com risco para deficiência de vitamina D: os idosos, pacientes com osteoporose, histórias de quedas e fraturas, obesos, grávidas e lactentes, pacientes em uso de medicações que interfiram no metabolismo da vitamina D (como glicocorticoides, anticonvulsivantes, antifúngicos), portadores de síndromes de má-absorção,

hiperparatiroidismo primário, insuficiência renal ou hepática, doenças granulomatosas e linfomas (MAEDA, 2014).

O conhecimento acerca desta vitamina é recente, 95% do conhecimento atual foi publica-do nos últimos 15 anos, o que possibilitou a descoberta de novos mecanismos da vitamina D associados com sua deficiência, incluindo câncer, doenças cardiovasculares, diabetes e mortes prematuras (HOLIC, 2010).

A associação entre transtornos depressivos e deficiência de vitamina D por falta de exposição ao sol está bem estabelecida e foi observada pela primeira vez há dois mil anos.

Os receptores de vitamina D estão presentes em neurônios e células da glia em muitas áreas do cérebro, incluindo o córtex cingulado e o hipocampo, que foram implicadas na fisiopatologia da depressão. A vitamina D é envolvida em inúmeros processos cerebrais, incluindo neuroimunomodulação, regulação de fatores neurotróficos, neuroproteção, neuroplasticidade e desenvolvimento cerebral, isso torna biologicamente plausível que esta vitamina possa estar associada à depressão e que a sua suplementação pode desempenhar um papel importante no tratamento de distúrbios emocionais. Vale evidenciar que o mecanismo de ação da vitamina D no cérebro não é bem estabelecida na literatura. Um possível mecanismo de atuação da vitamina D é o aumento da expressão do gene da tirosina hidroxilase (enzima responsável por catalisar a conversão do aminoácido L - tirosina en L -3,4-dihidroxifenilalanina (L - DOPA) e aumento da biodisponibilidade de alguns neurotransmissores, como dopamina, noradrenalina e adrenalina. Esta vitamina pode também afetar o sistema colinérgico, ativando a colina-acetiltransferase (CAT), que desempenha um papel na fisiopatologia dos transtornos do humor. Além disso, foi mostrado que o calcitriol potencialmente pode aumentar o nível de fatores neurotróficos envolvidos na depressão, como fator de crescimento neural (NGF), fator neurotrófico derivado da glia (GDNF) e neurotrofina 3 (NT-3) (HUMBLE, 2010).

Convém ressaltar os critérios de identificação da suficiência de vitamina D no organismo: concentrações séricas abaixo de 20 ng/mL (50 nmol/L) são consideradas como deficiência, entre 20 e 29 ng/mL (50 e 74 nmol/L) como insuficiência e entre 30 e 100 ng/mL (75 e 250 nmol/L) como suficiência (SPEDDING, 2014).

Ao analisar um estudo de caso controle, dez estudos transversais e três estudos coorte que associam depressão à deficiência de vitamina D, seguindo os critérios de exclusão, foi possível estabelecer uma relação entre vitamina D e depressão, onde todos os estudos com exceção de um demonstraram estatísticas significantes de melhora frente a utilização da suplementação de vitamina D (ANGLIN, 2013).

A metanálise utilizando estudos sem falhas biológicas demonstrou uma melhora significativa da depressão utilizando a suplementação com vitamina D (SPEDDING, 2014).

Convém ressaltar que a suplementação de vitamina D foi favorável no manejo da depressão. Os estudos perceberam uma mudança nos níveis da vitamina sérica utilizando ≥800UI diário, e o efeito foi comparável ao de medicamentos antidepressivos (SPEDDING, 2014). A melhora de sintomas da depressão unipolar também ocorreu utilizando a vitamina D como adjuvante no tratamento com antidepressivo (Fluoxetina). Utilizando 1.500UI de vitamina D diários somado a 20mg de fluoxetina por 8 semanas obteve-se resultados superiores quando comparado a utilização somente de Fluoxetina ou quando comparado aqueles indivíduos que fizeram a utilização de Fluoxetina e placebo. Vale ressaltar que os participantes deste estudo possuíam deficiência de vitamina D sérica (< 30 ng/mL) e estavam moderadamente ou severamente depres-

sivos. Em conclusão, as publicações recentes indicam que a deficiência de vitamina D tem um papel na fisiopatologia da depressão e que sua suplementação dietética é segura e eficaz como coadjuvante ao tratamento no transtorno depressivo, principalmente em indivíduos com deficiência de vitamina D.

2.1. Dosagem

As doses para tratamento variam de acordo com o grau de deficiência e com a meta a ser atingida. Como regra prática pode se predizer que, para cada 100 UI suplementadas, um aumento de 0,7 a 1,0 ng/mL nas concentrações de 25(OH) D é conquistado, porém a curva pode não se apresentar linear (MAEDA, 2014). A vitamina D3, quando administrada nas posologias descritas anteriormente, é bastante segura. Doses de até 10.000 UI por dia por cinco meses não induziram sinais de toxicidade, que se traduzem por hipercalcemia e hipercalciúria (HEANEY 2003).

As doses de manutenção diárias de vitamina D estão descritas abaixo na **Figura 24.1.**

Figura 24.1 - Figura das dosagens recomendadas de vitamina D.

Faixas etárias	População geral (UI)	População de risco (UI)
0 – 12 meses	400	400 – 1.000
1 – 8 anos	400	600 – 1.000
9 – 18 anos	600	600 – 1.000
19 – 70 anos	600	1.500 – 2.000
> 70 anos	800	1.500 – 2.000
Gestantes 14 – 18 anos	600	600 – 1.000
Gestantes > 18 anos	600	1.500 – 2.000
Lactantes 14 – 18 anos	600	600 – 1.000
Lactantes > 18 anos	600	1.500 – 2.000

Fonte: Adaptado de Maeda, 2014.

3. VITAMINA B12

A vitamina B12 (ou cianocobalamina) é um micronutriente essencial, vitamina hidrossolúvel componente do grupo de vitaminas que formam o complexo B. É a vitamina com a estrutura tridimensional maior e mais complexa. É também a única vitamina que contém um íon metálico, o cobalto. É formada pelos vitâmeros cianocobalamina, hidrocobalamina e metilcobalamina.

A vitamina B12 é disponibilizada em alimentos, sendo sua absorção no íleo dependente da presença de fator intrínseco liberado pelas células parietais do estômago. Em humanos, a vitamina B12 é responsável por duas reações conhecidas: a conversão de ácido metilmalônico em succinil-coenzima A e a conversão de homocisteína em metionina. A deficiência de vitamina B12 poderia, portanto, levar ao aumento de ácido metilmalônico e de metionina.

Causas conhecidas de deficiência de vitamina B12 incluem: dieta deficiente na vitamina; má absorção por uso prolongado de inibidores da bomba de prótons ou de antagonistas histaminérgicos; ausência ou redução no fator intrínseco, como na anemia perniciosa e pós-gastrectomia, enterite ileal, doença de Crohn, ressecção ileal; deficiência de transcobalamina II (transportador responsável por via alternativa de absorção da vitamina) (OH, 2003).

A propriedade da vitamina B12 e do ácido fólico de metilar moléculas precursoras de monoaminas como serotonina, noradrenalina e dopamina poderia explicar, em parte, a fisiopatologia dos transtornos do humor associados à sua deficiência, como a depressão. Além das monoaminas, a síntese da S-adenosil-metionina (SAM), responsável por várias reações de metilação no cérebro e com possíveis efeitos no humor, também depende da vitamina B12 e do ácido fólico. Essas vitaminas funcionam como fontes do grupo metil, fundamental para a síntese de metionina a partir da homocisteína. A metionina, por sua vez, é a precursora imediata da SAM. Esta vem ganhando atenção dos

pesquisadores no que se refere às suas propriedades antidepressivas e estudos clínicos demonstraram eficácia da SAM parenteral no tratamento de pacientes com depressão maior (PAPAKOSTAS, 2009).

Além do mais, a vitamina B12 desempenha importantes funções metabólicas e neurotróficas no organismo. Pacientes com deficiência de B12 podem apresentar sintomas diversos como anemia megaloblástica, neuropatia periférica e sintomas psiquiátricos, especialmente transtornos depressivos (HVAS, 2006). É interessante notar que, segundo alguns trabalhos na literatura, níveis mais elevados de vitamina B12 estiveram associados a melhores resultados em pacientes com depressão maior tratados com antidepressivos (HINTIKKA, 2003).

Segundo a literatura, a dosagem sérica da vitamina B12 deveria ser realizada em pacientes com desnutrição, alcoolismo, cirurgia bariátrica e em pacientes com transtornos depressivos ou psicóticos refratários ao tratamento psicofarmacológico (HANNA, 2009). Além disso, a Academia Americana de Neurologia recomenda formalmente que pacientes com quadros demenciais sejam testados rotineiramente com dosagem sérica de vitamina B12 (KNOPMAN, 2001).

Algumas hipóteses foram levantadas para explicar a possível propriedade antidepressiva da SAM: a metilação de fosfolípides poderia alterar a permeabilidade e a atividade de membranas neuronais, interferindo nos receptores de monoaminas; a metilação do DNA celular poderia influenciar na sua transcrição; reações de metilação dependentes da SAM seriam necessárias para a síntese de neurotransmissores monoaminérgicos. Não é rara a associação entre deficiência de vitamina B12 e deficiência de ácido fólico, e esta última condição também pode estar associada a sintomas psiquiátricos como alterações cognitivas e de humor (REYNOLDS, 2006).

Em resumo, a avaliação e diagnóstico de doenças de origem emocional dependem da análise clínica de psiquiatras, porém, a propedêutica laboratorial pode ser um bom complementar em sua prática principalmente para distinguir os transtornos depressivos primários e secundários.

A associação da recuperação de depressão maior com níveis de vitamina B12 pode, segundo a literatura, ser positivamente correlacionada (HINTIKKA, 2003).

3.1. Dosagem

Quando há necessidade de tratamento da deficiência de vitamina B12, pode-se optar por duas vias de administração da vitamina: oral, com doses diárias de 2.000 mcg por 120 dias; intramuscular, com injeções de 1.000 mcg 3x/semana, por duas semanas, seguidas de uma injeção mensal por mais três meses. Ambas as vias de administração se mostraram eficazes na reposição da deficiência vitamínica (BUTLER, 2006).

4. MAGNÉSIO

O magnésio (Mg) é um mineral essencial utilizado no corpo humano, como cofator, está envolvido em mais de 300 reações bioquímicas necessárias para manter a homeostase e bom funcionamento do organismo humano (SWAMINATHAN, 2003). As funções biológicas do Mg são amplas e variadas e incluem a produção de ácidos nucléicos; envolvimento em todas as reações energéticas mediadas por adenosina trifosfato (ATP) e modulação de qualquer atividade intracelular mediada por fluxo de concentração de cálcio (por exemplo, liberação de insulina, contração muscular) (TOPF, 2003). A ingestão dietética de Mg tem se mostrado insuficiente nas populações ocidentais e tal ingestão inadequada está ligada a uma série de

influências negativas na saúde, incluindo hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes tipo II (KING, 2005).

Estudos de depleção e suplementação em animais e humanos sugerem que o Mg pode desempenhar um papel importante na etiologia dos transtornos afetivos do humor. Uma relação entre Mg e estados depressivos foi estabelecida (DEROM, 2013).

O magnésio desempenha um papel fundamental na atividade dos sistemas psiconeuroendócrinos e nas vias biológicas de transdução que estão associadas com a fisiopatologia da depressão. Por exemplo, todos os elementos do eixo límbico-hipotálamo-hipófise-corticoadrenal são sensíveis à ação do Mg.

O magnésio também demonstrou suprimir a inflamação do hipocampo (Cotton, 1993), atenuar a liberação e afetar a sensibilidade do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), e pode influenciar a concentração e acesso de corticosteroides no cérebro ao nível da barreira hematoencefálica através da sua ação na glicoproteína P.

A ingestão de magnésio reduz comportamentos disfuncionais relacionados à depressão em camundongos, é eficaz como tratamento adjuvante para a depressão em modelos de roedores. Em humanos, a ingestão de 450 mg de Mg elementar por 12 semanas demonstrou ser tão eficaz na redução dos sintomas de depressão quanto um antidepressivo tricíclico (Imipramina 50 mg) em idosos com hipomagnesemia, deprimidos e com diabetes tipo II.

Os efeitos estabilizadores do humor induzidos pela suplementação de Mg também foram relatados em amostras clínicas, incluindo a melhora dos sinais clínicos de mania, transtorno de bipolaridade de ciclagem rápida e alívio dos sintomas afetivos associados à síndrome da fadiga crônica. O potencial ansiolítico do Mg foi demonstrado em modelos de roedores. Experimentalmente, a hipomagnesemia induzida eleva os estados de ansiedade em modelos de camundongos. Os níveis de Mg no cérebro e no plasma sanguíneo também estão significativamente correlacionados com as respostas comportamentais relacionadas à ansiedade em roedores (LAARAKKER, 2011). A suplementação dos níveis de Mg em camundongos demonstrou reduzir a expressão de comportamento relacionado à ansiedade.

Uma relação entre o status de Mg e a ansiedade é evidente em humanos. Um teste de ansiedade relacionado a exposição a condições de exame estressantes, revelou o aumento da excreção urinária de Mg, resultando em uma redução parcial dos níveis de Mg séricos. O magnésio também modula a atividade do eixo hipotalâmico -hipofisário-adrenal (HPAA), onde atua como um substrato central da resposta ao estresse do sistema. A ativação do HPAA instiga a resposta de adaptações autonômicas, neuroendócrinas e comportamentais para lidar com as demandas do estressor; incluindo o aumento da ansiedade. A exposição ao estresse modera os níveis séricos e intracelular dos níveis de Mg. A suplementação de magnésio também demonstrou atenuar a atividade do HPAA, incluindo uma redução nas respostas endócrinas centrais (ACTH) e periféricas (cortisol) desse sistema. Portanto, o Mg pode influenciar ainda mais os estados de ansiedade através da moderação da resposta ao estresse (MURCK, 1998).

Um número de potenciais vias de ação que podem explicar a relação entre Mg e ansiedade foram descritas. O glutamato é o principal neurotransmissor excitatório no cérebro de mamíferos atuando no canal ionotrópico de N-metil-D-aspartato (NMDA) acoplado a canais de Ca2+ que têm sido implicados em transtornos de ansiedade e pânico. O magnésio reduz a hiperexcitabilidade neuronal pela inibição da atividade do receptor NMDA. O magnésio também é essencial para a atividade de receptores mGluRs

acoplados à proteína G que são amplamente expressos no cérebro. Os receptores mGluRs desempenham um papel modulador na atividade glutamatérgica, controlando a secreção e liberação pré-sináptica de glutamato, atividade do sistema GABA (ácido γ-aminobutírico) e regulação do sistema neuroendócrino. A ação do glutamato nos receptores mGluRs tem sido implicada nas respostas ao medo, ansiedade e pânico. O magnésio também pode modular a ansiedade através do aumento da disponibilidade GABAérgica diminuindo a liberação pré-sináptica de glutamato. O GABA é um neurotransmissor inibidor primário do SNC que contrabalança a ação excitatória do glutamato. Um desequilíbrio entre o GABA e o glutamato está associado à hiperexcitabilidade neuronal característica de doenças patológicas ansiogênicas. No entanto, é sugestivo o benefício do magnésio em distúrbios emocionais, mas as evidências são pouco concretas e, portanto, estudos futuros são necessários para estabelecer de forma clara a correlação supracitada.

4.1. Dosagem

Grande parte dos estudos atuais encontrados na literatura utilizou doses de magnésio que variam de 46,4-600 mg. Vale evidenciar que o uso excessivo de suplementos de magnésio pode ser tóxico e a Dose Dietética Recomendada (RDA) para Mg é de 400–420 mg para homens e 310–320 mg para mulheres acima de 19 anos segundo o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos.

5. MELISSA OFFICINALIS

Melissa officinalis popularmente conhecida por melissa é comercializada no Brasil em forma de: chá (folha seca), folha in natura, extrato e comprimido. Este fitoterápico possui diferentes concentrações dependendo do tipo escolhido para consumir, devido ao manejo pré-consumo e pelo método de escolha para extração das substâncias de interesse.

Com a finalidade de estudar os efeitos da Melissa foi escolhido o extrato de nome comercial Cyracis ® produzido pela Naturex, empresa francesa, para manter um padrão de qualidade e concentração das substâncias, o que não poderia ser feito com os chás, por exemplo. A composição do extrato consiste: 66,67% Cyracos® (300 mg), 18,89% maltodextrina, 11.11% celulose microcristalina, 1,56% estearato de magnésio, 1.11% talco e 0,66% sílica micronizada.

Cyracos® é uma solução hidroalcoólica padronizada da folha da *Melissa officinalis* que possui mais de 7% de ácido rosmarínico e mais de 15% de ácidos hidroxicinâmicos, seus principais princípios ativos.

O Cyracos® - extrato de Melissa - foi utilizado para avaliar os efeitos dos princípios ativos da planta sobre a ansiedade, a insônia e a Classificação clínica de melhora (CGI). A dosagem utilizada foi de 600 mg diárias, divididas em duas porções de 300 mg.

A Melissa apresentou melhora da performance cognitiva e de humor (Kennedy, 2002 e Kennedy 2003), redução de estresse induzido (Kennedy, 2004) e possui efeitos antiaxiolitocos (Kennedy, 2006). O Cyracos® apresentou melhora nas manifestações da ansiedade, nos sintomas associados à ansiedade e na insônia.

5.1. Ansiedade

A ansiedade tem diversas manifestações clínicas e algumas delas foram avaliadas individualmente para entender o efeito deste fitoterápico. Dos fatores estudados, a diminuição dos sintomas foi: Agitação em 35%, tensão em 18% e distúrbios motores em 10%. A apresentação clínica global da ansiedade foi reduzida em 18%, dessa forma é possível afirmar que o extrato

possui efeito de reduzir os casos de ansiedade de intensidade leve e moderada até um quadro em que não é possível observar sintomas de ansiedade.

Em outros parâmetros relacionados à síndrome ansiosa, também foi possível, observar redução dos sintomas: distúrbios alimentares em 33%, instabilidade emocional em 7%, fadiga em 18%, sentimento de culpa em 15%, sentimento de inferioridade em 18% e distúrbios intelectuais em 28%, comportamento antissocial em 13% e sintomas psicossomáticos em 33%. Em relação a outros fatores houve uma redução de menos intensidade, como: comportamento obsessivo-compulsivo, problemas de fala e sintomas somaticos vagais. Logo, nesses parâmetros relacionados à síndrome ansiosa observou-se uma redução de 15% dos quadros de intensidade leve e moderada até a extinção dos sintomas.

5.2. Insônia

A insônia pode ser dividida em inicial, intermediária e tardia, levando em consideração a fase em que a dificuldade para dormir se encontra. As reduções da insônia apresentadas nesses casos foram, respectivamente, de 53%, 45% e 28%. Assim, os sintomas globais de insônia diminuíram em 42% dos casos em que o paciente apresentava dificuldade para adormecer até a ausência de sintomas.

A classificação clínica de melhora para a síndrome da ansiedade foi de 70% dos pacientes apresentaram remissão completa e 5% apresentaram melhora, mas não remissão completa. Já para a insônia, 100% apresentaram melhora significativa, em que 85% reportaram remissão completa e o restante obteve melhora, mas não remissão.

5.3. Dosagem

O estudo em questão utilizou duas doses de 300mg, pela manhã e no final da tarde, totalizando 600 mg/dia do extrato Cyracos®. Em outros formatados de administração, já des-critos anteriormente, é possível obter concen-trações razoavelmente parecidas e baixíssimo risco para toxicidade.

6. PASSIFLORA

Passiflora é conhecida popularmente como a flor do maracujá e pelas suas propriedades calmantes. Devido a essa popularidade, estudos foram realizados para avaliar suas propriedades ansiolíticas. Ela é encontrada em forma de chá, extrato e comprimido.

Um estudo duplo-cego e randomizado avaliou dois grupos de pessoas que estavam sendo medicadas com: Grupo A (passiflora + placebo); Grupo B (oxazepam + placebo). Ao longo de 30 dias foram avaliadas as suas respostas à medicação frente à escala de Hamilton de Ansiedade. Essa escala avalia o grau de ansiedade apresentado pelo paciente, e essa avaliação, no estudo, foi feita anterior a medicação e no 4°, 7°, 14° e 21° e 28° pós o início da medicação.

O que foi observado é que a resposta ansiolítica, após 28 dias de administração das medicações foi a mesma, tanto o grupo que utilizou passiflora quanto o grupo que utilizou Oxazepam (remédio da classe dos benzodiazepínicos). A diferença na resposta foi a velocidade de resposta, após 4 e 7 dias do início o grupo que utilizou o benzodiazepínico apresentou uma melhora mais rápida dos sintomas, entretanto já no 21° do estudo os grupos já apresentaram resultados similares (AKHONDZADEH, 2001).

Esse estudo comprova o poder ansiolítico da passiflora. Outros dois estudos, utilizando passiflora a 500mg (Ali Movafegh, 2008(2)) e a 700mg antes de um processo de raquianestesia apresenta um efeito ansiolítico, porém não anestésico (Ali Movafegh, 2008). Os pacientes que estão prestes a fazer uma raquianestesia

apresentam sintomas ansiosos, assim como em qualquer outro evento estressante de conhecimento antecipado e a passiflora apresentou efeito anti ansiolítico considerável nós dois estudos (ALI MOVAFEGH, 2008)

6.1. Dosagem

Os estudos indicam que doses de 500mg a 1000mg são seguras para serem administradas até três vezes ao dia.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKHONDZADEH, S.; NAGHAVI, H. R.; VAZIRIAN, M.; *et al*. Passionflower in the treatment of generalized anxiety: a pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, v. 26, n. 5, p. 363–367, 2001.

ANGLIN, Rebecca E. S.; SAMAAN, Zainab; WALTER, Stephen D.; *et al*. Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry, v. 202, n. 2, p. 100–107, 2013.

BUTLER, C. C. Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency: a systematic review of randomized controlled trials. Family Practice, v. 23, n. 3, p. 279–285, 2006.

COTTON, David B.; HALLAK, Mordechai; JANUSZ, Cynthia; *et al*. Central anticonvulsant effects of magnesium sulfate on N-methyl-D-aspartate-induced seizures. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 168, n. 3, p. 974–978, 1993.

DEROM, Marie-Laure; SAYÓN-OREA, Carmen; MARTÍNEZ-ORTEGA, José María; *et al*. Magnesium and depression: a systematic review. Nutritional Neuroscience, v. 16, n. 5, p. 191–206, 2013.

HANNA, Susan; LACHOVER, Leonard; RAJARETHINAM, R. P. Vitamin B12 Deficiency and Depression in the Elderly: Review and Case Report. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, v. 11, n. 5, p. 269–270, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2781043/>.

HEANEY, Robert P.; DAVIES, K. Michael; CHEN, Tai C.; *et al*. Human serum 25-hydroxycholecalciferol response to extended oral dosing with cholecalciferol. The American Journal of Clinical Nutrition, v. 77, n. 1, p. 204–210, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12499343/>.

HINTIKKA, Jukka; TOLMUNEN, Tommi; TANSKANEN, Antti; *et al*. High vitamin B12 level and good treatment outcome may be associated in major depressive disorder. BMC Psychiatry, v. 3, p. 17, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc317314/>.

HOLICK, Michael F. The Vitamin D Deficiency Pandemic: a Forgotten Hormone Important for Health. Public Health Reviews, v. 32, n. 1, p. 267–283, 2010.

HUMBLE, Mats B. Vitamin D, light and mental health. Journal of Photochemistry and Photobiology. B, Biology, v. 101, n. 2, p. 142–149, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20800506/#:~:text=Calcitriol%20(the%20active%20vitamin%20D>.

HVAS, Anne-Mette; NEXO, Ebba. Diagnosis and treatment of vitamin B12 deficiencyan update. Haematologica, v. 91, n. 11, p. 1506–1512, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17043022/>.

KENNEDY, D O; WAKE, G; SAVELEV, S; *et al*. Modulation of Mood and Cognitive Performance Following Acute Administration of Single Doses of Melissa Officinalis (Lemon Balm) with Human CNS Nicotinic and Muscarinic Receptor-Binding Properties. Neuropsychopharmacology, v. 28, n. 10, p. 1871–1881, 2003.

KENNEDY, D. O; SCHOLEY, Andrew B; TILDESLEY, N. T. J; *et al*. Modulation of mood and cognitive performance following acute administration of Melissa officinalis (lemon balm). Pharmacology Biochemistry and Behavior, v. 72, n. 4, p. 953–964, 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091305702007773>.

KING, Dana E.; MAINOUS, Arch G.; GEESEY, Mark E.; *et al*. Dietary magnesium and C-reactive protein levels. Journal of the American College of Nutrition, v. 24, n. 3, p. 166–171, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15930481/>.

KNOPMAN, D. S.; DEKOSKY, S. T.; CUMMINGS, J. L.; *et al*. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology, v. 56, n. 9, p. 1143–1153, 2001.

LAARAKKER, Marijke C.; VAN LITH, Hein A.; OHL, Frauke. Behavioral characterization of A/J and C57BL/6J mice using a multidimensional test: association between blood plasma and brain magnesium-ion concentration with anxiety. Physiology & Behavior, v. 102, n. 2, p. 205–219, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21036185/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MAEDA, Sergio Setsuo; BORBA, Victoria Z. C.; CAMARGO, Marília Brasilio Rodrigues; et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 58, n. 5, p. 411–433, 2014.

MOVAFEGH, Ali; ALIZADEH, Reza; HAJIMOHAMADI, Fatimah; *et al*. Preoperative Oral Passiflora Incarnata Reduces Anxiety in Ambulatory Surgery Patients: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. Anesthesia & Analgesia, v. 106, n. 6, p. 1728–1732, 2008.

MURCK, H.; STEIGER, A. Mg2+ reduces ACTH secretion and enhances spindle power without changing delta power during sleep in men -- possible therapeutic implications. Psychopharmacology, v. 137, n. 3, p. 247–252, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9683002/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

OH, Robert; BROWN, David L. Vitamin B12 deficiency. American Family Physician, v. 67, n. 5, p. 979–986, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12643357/>.

PAPAKOSTAS, George I. Evidence for S-Adenosyl-L-Methionine (SAM-e) for the Treatment of Major Depressive Disorder. The Journal of Clinical Psychiatry, v. 70, n. suppl 5, p. 18–22, 2009.

REYNOLDS, Edward. Vitamin B12, folic acid, and the nervous system. The Lancet. Neurology, v. 5, n. 11, p. 949–60, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17052662>.

SPEDDING, Simon. Vitamin D and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Studies with and without Biological Flaws. Nutrients, v. 6, n. 4, p. 1501–1518, 2014. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/6/4/1501>.

SWAMINATHAN, R. Magnesium metabolism and its disorders. The Clinical Biochemist. Reviews, v. 24, n. 2, p. 47–66, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18568054/>.

TOPF, Joel Michels; MURRAY, Patrick T. [no title found]. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, v. 4, n. 2, p. 195–206, 2003.

CAPÍTULO 25

TRANSTORNO DEPRESSIVO EM IDOSOS COM DEMÊNCIA

HERNAN CARLOS SAMPAIO FILHO[2]
IGOR ARAÚJO SANTOS[1]
SAMUEL ANTUNES CORREIA BOMFIM[1]
LAURENA SHIRLEI FRAGA DOS REIS[1]
LUCAS VIEIRA SILVA[1]
MILTON RICARDO BRANDÃO DA SILVA[1]
MARIA EDUARDA PAES DE ASSIS[1]
ÁLVARO ANTUNES CORREIA BOMFIM[1]
ANTONIO CARLOS FRAGA DA SILVA SOBRINHO[1]
GUILHERME FRAGA SANTOS[1]
JOÃO PEDRO PEÇANHA ROCHA[1]
SHARA GONÇALVES MARÇAL[1]

1. Discente - Medicina do Centro Universitário UniFG – Guanambi/BA.
2. Docente – Tutor do Centro Universitário UniFG – Guanambi/BA.

Palavras-chave: Depressão; Demência; Idosos.

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos constituem um grupo importante de afeções psiquiátricas, os quais possuem o transtorno depressivo maior (TDM) como o representante clássico. Segundo a OMS, estima-se que no ano de 2015, 4,4% da população mundial era afetada pela depressão, sendo mais prevalente entre o sexo feminino e atingindo os picos de prevalência nos adultos mais velhos. Além disso, a depressão é a principal contribuinte para anos vividos com deficiência e a principal responsável pelo número de suicídios no mundo, o qual se aproxima de 800.000 ao ano.

A população senil também é comumente atingida pela demência, sendo esta a principal causa de incapacidade e dependência entre os idosos em todo o mundo. O termo demência é utilizado para se referir a um grupo de doenças que são, em sua maioria, progressivas, afetam os domínios cognitivos e o comportamento, prejudicando a habilidade de executar as tarefas de vida diárias. Dentro deste vasto grupo, a doença de Alzheimer (DA) é responsável por 60-70% dos casos, enquanto outras formas, como a demência vascular, a frontotemporal e a por corpos de Lewy, respondem pela maioria dos casos restantes.

É bem estabelecido que a depressão pode ser uma manifestação neuropsiquiátrica de quadros demenciais, mas a relação entre depressão e demência é complexa e ainda não completamente compreendida. Sabe-se também que a depressão pode cursar com prejuízo cognitivo e impacto na autonomia para atividades diárias. Esses fatos dificultam a distinção clínica da depressão como uma causa, fator de risco, consequência ou uma comorbidade de um quadro demencial.

O esclarecimento dessas questões possibilitaria investigar se o tratamento eficaz do transtorno depressivo pode reduzir a prevalência dos quadros demenciais, bem como alertar a prática médica para a necessidade de avaliação continuada da função cognitiva em pacientes que experimentarem depressão tardia.

Dessa forma, o objetivo dessa revisão é analisar os aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos do transtorno depressivo nos idosos com demência, na intenção de evitar falhas na avaliação e condução desse problema tão comum na prática médica.

2. MÉTODO

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura que seguiu os seguintes passos: (1) identificação do problema; (2) pesquisa literária, com delimitação dos descritores, bases de dados e aplicação dos critérios de elegibilidade; e (3) avaliação dos dados obtidos. A pergunta-chave: “Qual a relação do transtorno depressivo no idoso com demência?”, foi elaborada com base no acrônimo PICO (*patients*; *intervention*; *control*; *outcome*).

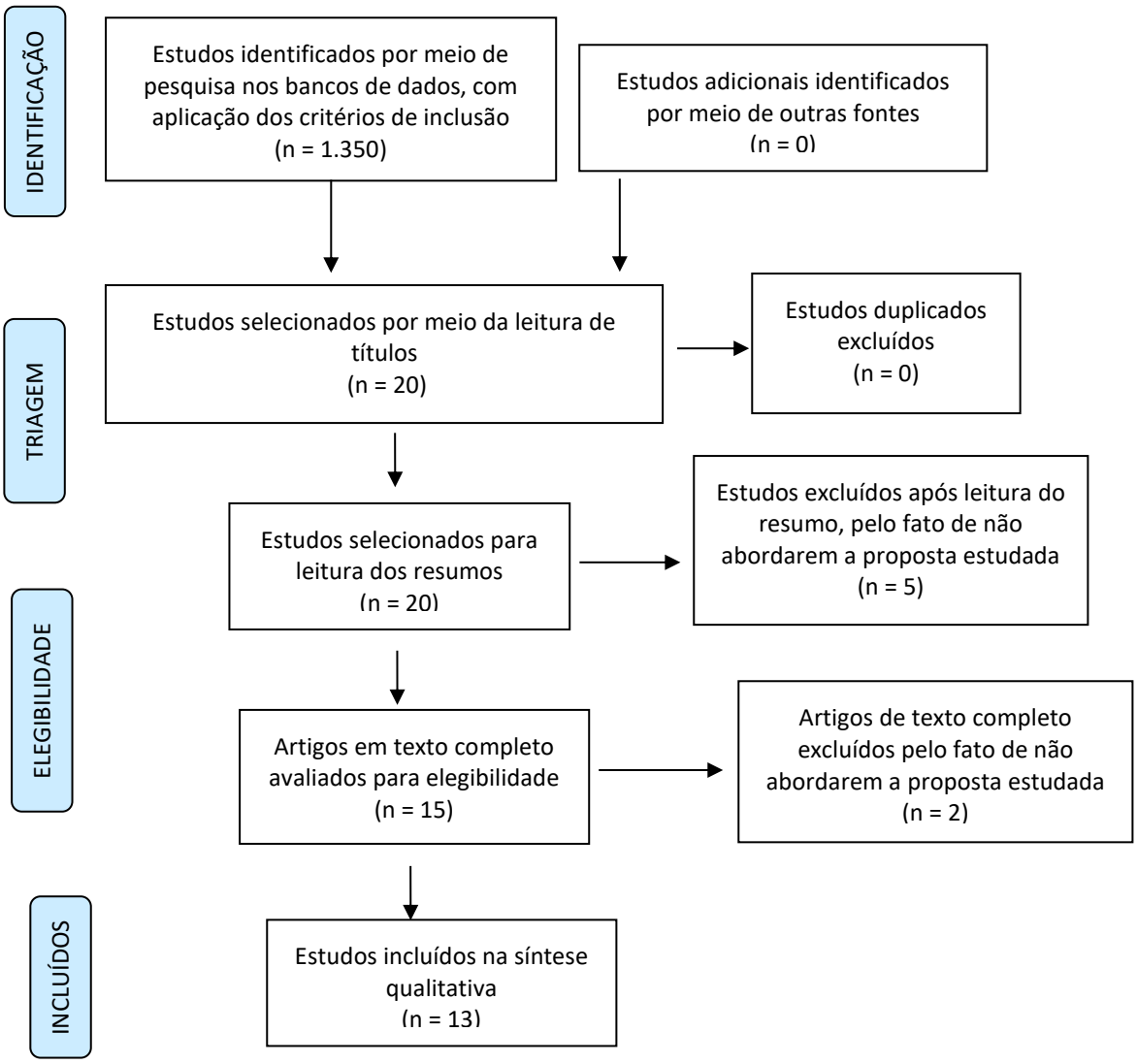
As bases de dados utilizadas foram PubMed, LILACS e UpToDate com a coleta de dados sendo realizada entre fevereiro e março de 2022. Foram selecionados estudos do tipo fatores de risco, estudos de prevalência, revisão de literatura, revisão sistemática, metanálise e ensaio clínico controlado randomizado, disponibilizados na íntegra e nos idiomas inglês e português, entre os anos de 2001 e 2022. Os descritores utilizados foram: “depression” AND “dementia”. Da busca, foram encontrados 13.536 artigos, os quais, após aplicação dos critérios de seleção, foram reduzidos a 1.350. Estudos na forma de livros, documentos, e trabalhos que abordam a demência ou depressão de maneira isolada, bem como trabalhos duplicados e que não atendiam aos demais

critérios de inclusão, acabaram sendo excluídos da revisão.

Após a seleção, prosseguiu-se a leitura dos trabalhos e apresentação dos resultados de forma descritiva com auxílio de tabelas, imagens e fluxogramas. Se analisou os aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos do transtorno depressivo nos idosos com demência nos estudos selecionados.

Dos 1350 trabalhos submetidos à leitura dos títulos, foram selecionados apenas 20, afinal os demais fugiam do tema. Ao final, selecionamos 15 estudos após leitura dos resumos e, por fim, 13 estudos após leitura do texto completo. A **Figura 25.1** mostra um diagrama com o processo de seleção, filtração e exclusão.

Figura 25.1 Diagrama das etapas de seleção da revisão.



3. RESULTADOS

Os resultados dos artigos que contribuíram para a revisão serão apresentados a seguir, de forma descritiva e seguindo a ordem de abordagem do capítulo.

Em 2017, a OMS publicou 2 documentos técnicos relacionados ao tema. Um sobre o plano de ação global de resposta da saúde pública contra a demência e outro sobre as estimativas globais de saúde em relação a depressão e outros transtornos mentais comuns. O plano de ação contra demência demonstrou essa como a principal causa de incapacidade e limitação em idosos no mundo, bem como o forte impacto dessa condição na saúde mental da família e cuidadores, além dos custos elevados para o sistema de saúde. O plano de ação aponta a depressão e o isolamento social como potenciais fatores de risco modificáveis, entre outros, que devem ter sua exposição reduzida ao longo da vida. Seguindo a linha da demência, o documento sobre as estimativas globais para depressão e outros transtornos demonstra também um aumento na prevalência do TDM na população mundial, com um crescimento de 18,4% entre 2005 e 2015. Este número reflete não só o crescimento da população mundial, mas também o aumento proporcional dos grupos nos quais a depressão é mais prevalente, ressaltando-se que o pico de prevalência ocorre nos mais velhos.

Em primeiro lugar, se avaliou uma revisão sistemática feita pelos autores Bennett S & Thomas A.J., a qual trouxe como foco de análise a relação existente entre a depressão e a demência, tentando abordar e esclarecer se a primeira é uma causa, consequência ou coincidência da segunda. O estudo demonstrou como principais resultados que a relação entre as duas condições é forte e complexa, sendo que a depressão precoce parece ser um fator de risco para a demência, e quando tardia, ou seja, em idosos, pode constituir um pródromo de quadro demencial.

Uma revisão publicada em 2005 por Dombrovski A.Y. *et al.*, avaliou a epidemiologia do suicídio e os fatores de risco associados ao evento na população senil e identificou que as taxas de suicídio são maiores na população senil em comparação com a população jovem, além disso, a chance da tentativa resultar em óbito é maior em comparação com as demais faixas etárias. Embora a depressão seja a principal condição associada ao risco de suicídio, a presença de distúrbios neurológicos foi a terceira principal condição associada, como a revisão identificou em um estudo.

Quanto ao quadro clínico, Hegeman J.M. *et al.* demonstraram em sua metanálise publicada em 2012 que o quadro clínico do TDM em idosos apresenta diferenças em comparação com faixas etárias mais jovens. Em idosos, o humor depressivo abordado classicamente como marca da depressão é um sintoma menos comum, sendo o quadro mais marcado por sintomas somáticos. Além disso, se fazem mais presentes comorbidades e sintomas de comprometimento cognitivo.

Kroenke K. *et al.* avaliaram em seu trabalho a validade do questionário PHQ-9 na capacidade de medir a gravidade da depressão e conseguiram determinar que um escore ≥ 10 possui uma sensibilidade e especificidade de 88% para a depressão maior, apresentando também uma razão de chances de 7,1 para esse escore. Os resultados do trabalho sugerem que essa seja uma boa ferramenta para o diagnóstico e avaliação da gravidade dos transtornos depressivos. Santos, Iná S. *et al.*, por sua vez, também testaram a validade do PHQ-9 entre adultos da população geral na cidade de Pelotas, no Brasil. A análise teve como padrão-ouro o Mini International Neuropsychiatric Interview

(MINI) aplicado por psiquiatras e psicólogos. Nos resultados, o trabalho demonstrou uma sensibilidade máxima (77,5%; 61,5-89,2) do teste PHQ-9 no ponto de corte do escore > 9, sugerindo-o como uma ferramenta apropriada para rastreio de episódio depressivo maior na comunidade. Por fim, Zuardi, A. *et al.* publicou em 2017 em seu trabalho, um resumo com diferentes questionários que podem ser aplicados no rastreio, na avaliação diagnóstica e da resposta terapêutica da depressão, entre os quais, se inclui o questionário PHQ-9.

O diagnóstico diferencial entre três condições comuns na população idosa, categoricamente denominadas de "3'Ds", isto é, a depressão, demência e delirium, foi revisado extensamente nos trabalhos de Downing L.J. *et al.* e de Harris M., os quais desenvolveram como as condições podem ser diferenciadas clinicamente. Milisen K. *et al.* também abordou em seu estudo a diferenciação clínica entre essas 3 condições, propondo um passo a passo para avaliação cognitiva, a qual deve se iniciar definindo o objetivo da avaliação, seguido da escolha do instrumento de avaliação, utilização do instrumento e interpretação dos resultados. Essas 3 revisões definem o delirium como um quadro cognitivo agudo com comprometimento do nível de consciência, prejudicando a localização no tempo, a fala coerente, e com possibilidade de sintomas alucinatórios. E, por sua vez, trazem a demência e a depressão como quadros com preservação do nível de consciência, ao menos no início, e sendo a demência progressiva e de instalação lenta, enquanto a depressão muito variável entre as manifestações, mas que costuma preservar a consciência.

Haja vista a presença comum da associação de depressão e demência na prática clínica, Press, D. & Alexander, M. em uma revisão recentemente atualizada em 2021, trazem o manejo dos sintomas neuropsiquiátricos da demência, com abordagem tanto dos aspectos não farmacológicos quanto medicamentosos dessas queixas. A revisão aponta que os estudos clínicos de manejo dos sintomas depressivos em idosos com demência produziram resultados variados e inconclusivos. Dois ensaios multicêntricos demonstraram a eficácia do Citalopram em pacientes com demência razoavelmente leves. Entretanto, outros estudos não demonstraram eficácia conclusiva do uso de antidepressivos no manejo da depressão em pacientes com DA.

Uma metanálise publicada por Watt J.A. *et al.* em 2021 analisou intervenções em 213 estudos, incluindo mais de 25 mil pessoas, para o controle dos sintomas depressivos em paciente com demência, mas sem o diagnóstico de depressão maior. O trabalho demonstrou uma maior eficácia de intervenções não medicamentosas no controle desses sintomas em comparação com o uso das medicações.

4. DISCUSSÃO

4.1. Relação entre depressão e demência

Diferentes estudos sobre a relação de depressão com a demência resultaram na formulação de diferentes hipóteses sobre o tema. Entre as diversas hipóteses propostas, este capítulo se volta a abordar 3 principais.

A primeira se refere sobre a depressão é uma causa ou fator de risco para a demência. Pelas pesquisas atuais, estudos sugerem que a depressão precoce na vida pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento futuro de quadros demenciais. Contudo, a ocorrência de depressão tardia, na população idosa, parece estar mais associada com um quadro demencial prodrômica do que com um fator de risco para o desenvolvimento do comprometimento cognitivo.

A segunda hipótese se refere a discussão se a depressão é, na verdade, uma consequência da demência. Nesse contexto, pode-se pensar a depressão como uma manifestação prodrômica (i. e. o quadro inicial demonstrando o desenvolvimento futuro da demência), ou uma reação psicológica ao diagnóstico da demência. Na primeira situação, os estudos têm dificuldade em delimitar qual o período de tempo no qual a depressão se manifestou antes da demência para que se considere esta como uma reação prodrômica. Contudo, apesar de resultados divergentes entre alguns estudos, adotando-se um período de até 5 anos antes do diagnóstico do quadro cognitivo como a faixa para se considerar um quadro depressivo como prodrômico, alguns trabalhos apontam que a ocorrência de depressão tardia (i. e. em idade avançada), está sim associada a um maior risco de demência futura.

A ideia da depressão como uma resposta psicológica ao diagnóstico de demência não parece se confirmar nos estudos. Os trabalhos atuais ainda não conseguem distinguir a depressão como uma consequência das alterações biológicas dos quadros demenciais ou uma resposta psicológica ao diagnóstico de uma patologia incurável e progressiva. Dessa forma, isso é algo a ser ainda mais bem investigado.

A terceira hipótese discute se a depressão em quadros demências não se trata apenas de uma coincidência, haja vista que ambas as condições são muito prevalentes na população idosa. Contudo, as evidências sugerem que a prevalência conjunta da depressão e da demência é muito maior do que a esperada caso se adote que o paciente apenas possui um diagnóstico concomitante de TDM e demência. Por exemplo, na situação de diagnóstico das duas condições por coincidência, se esperaria a presença dos dois quadros em torno de 1% dos pacientes, mas a prevalência combinada de ambos os quadros chegam até 30%. Além disso, muitos fatores de risco para a demência são compartilhados com a depressão, como baixo nível socioeconômico, isolamento social e nível educacional. O que sugere uma ligação entre as duas condições.

4.2. Manifestações clínicas

É importante colocar que o DSM-V não faz distinção entre os critérios diagnósticos para transtorno depressivo em idosos e na população adulta. Contudo, a depressão na população senil pode apresentar particularidades em comparação com grupos mais jovens. A **Tabela 25.1** traz observações importantes quanto a depressão em idosos.

Tabela 25.1 – Aspectos especiais da depressão em idosos.

Maior associação com comorbidades clínicas
Mais perda de interesse
Mais comprometimento cognitivo
Sintomas somáticos mais proeminentes do que humor depressivo (ex. dores, perda de energia, apetite, cansaço)
Preocupação excessiva com a saúde (ex. idas excessivas ao médico)
Maiores taxas de suicídio

A questão do suicídio é particularmente importante na população idosa. Comparado com a população mais jovem, as taxas são maiores e isso pode decorrer de diferentes fatores: tentativas mais letais, maior taxa de isolamento, menor aviso prévio do ato e da fragilidade da idade e comorbidades. Constituem fatores de risco para o suicídio nessa população: depressão (principal condição associada), tentativa prévia de suicídio (principal fator de risco), psicose, abuso de substâncias, doenças graves e incapacitantes, câncer, dor grave e doença neurológica.

O comprometimento cognitivo também é um sintoma mais proeminente da depressão em

idosos e possui sua ligação com os quadros demenciais, sendo mais bem discutido no diagnóstico diferencial.

4.3. Diagnóstico

A depressão continua sendo subdiagnosticada e, muitas, vezes, não diagnosticada, principalmente pela Atenção Básica de Saúde.

Apesar de importante, vários fatores dificultam o diagnóstico da depressão em idosos, por causas diversas, como o próprio efeito colateral de medicamentos, negação do próprio paciente em reconhecer os seus sintomas e até mesmo uma comunicação dificultada em idosos mais velhos. Mas, apesar da dificuldade, temos alguns pontos que facilitam esse reconhecimento, como a percepção do humor depreciado e a resposta não esperada tanto ao tratamento médico quanto a participação no tratamento.

Quando maior que 85 anos, o humor torna-se o sintoma menos confiável para diagnóstico de depressão, devendo-se observar a duração dos sintomas (se persistem por mais de 2 semanas), além de sua resposta a afetos familiares e incapacidades, principalmente físicas.

Existem, hoje, várias formas de triagem para serem usadas.

- PHQ-2

A primeira, consiste em um questionário de duas perguntas, chamado Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2), que apresenta o risco de desenvolvimento de depressão:

Ao longo das **últimas 2 semanas**, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?

- Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas
- Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança

A pontuação é dada conforme a resposta do paciente nas seguintes opções:

→ Nenhuma vez
→ Vários dias: 1
→ Mais da metade dos dias: 2
→ Quase todos os dias: 3

Então, soma-se a pontuação para cada problema. Se PHQ-2 maior ou igual a 2, podemos desconfiar de um transtorno depressivo presente.

- PHQ-9

Esse questionário, foi especificamente desenvolvido para atuação na Atenção Primária e tem sido bastante utilizado devido sua facilidade. Consiste em 9 perguntas que vão avaliar cada um dos sintomas para a depressão maior e consegue integrar todos os critérios do DSM-5 para depressão, sendo visto com bastante credibilidade e confiabilidade. Além de ser usado para o diagnóstico da depressão maior, também é utilizado para avaliação da resposta ao tratamento pelos pacientes acometidos por esta patologia. O questionário pode ser encontrado em SANTOS, Iná S. *et al.* (2013).

Quanto maior a pontuação, mais grave o quadro se encontra, conforme o seguinte:

- 0-4 pontos: sem sintomas de depressão;
- 5-9 pontos: transtorno depressivo leve;
- 10-14 pontos: transtorno depressivo moderado;
- 15-19 pontos: transtorno depressivo moderadamente grave;
- 20-27 pontos: transtorno depressivo grave;

Algumas outras escalas também são utilizadas. Contudo, as anteriores conseguem abranger muitas dessas escalas e tornaram-se mais fidedignas ao diagnóstico de depressão maior. São exemplos comuns:

- Escala de Depressão Geriátrica
- Escala de Cornell para Depressão e Demência

4.4. Diagnóstico diferencial

Muitas vezes pode ser difícil diagnosticar um paciente idoso com a patologia correta. As síndromes de delirium, demência e depressão podem coexistir e trazer um maior desafio para o profissional no momento do diagnóstico, pois em alguns casos, as três síndromes podem existir ao mesmo tempo. Algumas estratégias existentes podem auxiliar a gerenciar essas condições, no entanto, é importante que o profissional tenha a sensibilidade de reconhecer que as suas apresentações, por vezes, são atípicas em alguns pacientes.

O delirium é caracterizado por um transtorno congnitivo que tem início agudo e alteração do nível de consciência, com desatenção, pensamento desorganizado, comprometimento da memória, desorientação e distúrbios perceptivos. Essa síndrome ainda pode se apresentar nos subtipos hipoativo, hiperativo e misto. Na forma hipoativa, os sintomas podem parecer mais preocupantes, contudo, se torna menos perturbador para o cuidador e pode ser subdiagnosticado por esse motivo, porém, a forma clássica do delirium é a mista, a qual envolve características das formas hipoativa e hiperativa.

Diferentemente do delirium, a demência se caracteriza pela preservação relativa do nível de consciência, atenção e orientação, isso se mantém até mesmo na fase tardia da doença.

Durante o curso da demência e do delirium, existem flutuações observáveis da sintomatologia, as quais tendem a ser menos dramáticas e mais lineares na demência.

Existe uma forma mais leve da demência que é a “pré-demência” também chamada de comprometimento cognitivo leve. Pacientes acometidos com essa condição, possuem maior risco de progredir para a demência com o passar do tempo. A demência se caracteriza pelo declínio gradativo da qualidade de vida desse paciente por afetar diretamente a memória, domínios cognitivos, mudanças de humor e pode gerar sintomas psicóticos. O diagnóstico pode ser complicado nesses casos, pois o paciente pode omitir sintomas por medo do diagnóstico de demência e consequentemente perder sua autonomia. Por esse motivo, muitas vezes o diagnóstico pode ser tardio, quando os sintomas estão mais evidentes e começam a gerar preocupação na família e assim resolvem procurar atendimento.

Existem várias estratégias validadas para triagem do idoso com demência, dentre elas, a mais utilizada pelos médicos é o Folstein Mini-Mental State Exam (MMSE), mas estudos recentes trazem que o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) pode ser uma forma mais sensível para o diagnóstico da demência em casos precoces.

A depressão pode ser mais difícil de ser diagnosticada nos idosos pelas particularidades citadas anteriormente. Pacientes idosos normalmente relutam em assumir que tem depressão ou ansiedade. As ferramentas citadas anteriormente são validadas para a triagem de depressão em idosos. Vale ressaltar que no momento da triagem, é importante questionar o paciente sobre o padrão de sono, visto que é um dos sintomas mais comuns e proeminentes em idosos com depressão.

4.5. Tratamento

A psicoterapia associada ao antidepressivo é o tratamento de escolha para os transtornos depressivos no idoso, com ou sem quadros demenciais.

Entretanto, metanálises recentes mostraram que os antidepressivos apresentam pouca ou nenhum efeito sobre sintomas depressivos, funcionamento cognitivo e atividades de vida diária nesta população específica. Portanto, uma abordagem mais crítica é necessária, e os médicos devem considerar não só esta falta de evidência, mas também que os antidepressivos

podem causar eventos adversos e interagir com outros medicamentos.

Um aspecto importante do manejo dos sintomas neuropsiquiátricos associados à demência é o controle dos sintomas de apatia e depressão.

A apatia é um sintoma comum de demência que pode ocorrer com ou sem a comorbidade de depressão. O manejo da apatia é desafiador e o sintoma pode surgir no início da doença e persistir ao longo do tempo. As estratégias não farmacológicas não foram bem estudadas para este sintoma específico. Normalmente aborda-se o sintoma de forma gradual, começando com um inibidor da colinesterase se o paciente ainda não foi exposto a um, porque os inibidores da colinesterase podem ter algum efeito positivo na apatia.

Se a apatia persistir apesar do tratamento com um inibidor da colinesterase e for angustiante para o paciente ou cuidador, as opções farmacológicas incluem uma tentativa terapêutica de um antidepressivo e metilfenidato. Dentre alguns fármacos, o Citalopram foi o que mostrou maior benefício quando utilizado em conjunto com o metilfenidato no tratamento em idosos com depressão maior, melhorando a apatia em pacientes com demência.

Outro estudo realizado com intervenções medicamentosas com o uso de Mirtazapina, Sertralina, Venlafaxina, Fluoxetina, Citalopram, Escitalopram, Desipramina, Imipramina, Clomipramina, Amitriptilina e Paroxetina em portadores de DA e tipos não especificados de demência relatou que nem a Mirtazapina nem a Venlafaxina foram associadas a melhora dos sintomas de depressão quando comparados com Placebo. Além disso, recente revisão sistemática afirma que as intervenções não medicamentosas, isoladas ou em combinação com intervenções medicamentosas, são as melhores condutas para reduzir os sintomas de depressão em pessoas com demência sem diagnóstico de um transtorno depressivo maior.

Em foco à demência, os inibidores da colinesterase apresentam boa tolerância e associação com benefícios cognitivos e funcionais, sendo indicados em pacientes em grau de demência leve a moderada. Em uma análise, o uso da memantina apresentou diminuição da agitação/agressão, irritabilidade e outros distúrbios comportamentais nesses pacientes. Em contrapartida, revisões sistemáticas concluíram que não houve efeito clínico significativo da memantina nesses sintomas neuropsiquiátricos de demência. Ainda em foco à demência, as estratégias iniciais de conduta para agitação se voltaram para abordagens não farmacológicas centradas na pessoa, a fim de evitar o uso excessivo de medicamentos antipsicóticos.

5. CONCLUSÃO

Embora exista a variabilidade de achados em diferentes estudos com diferentes métodos, há evidência suficiente para inferir que há uma forte relação entre depressão e demência, com a possibilidade do TDM ser um fator de risco, consequência e, em alguns casos, uma comorbidade do quadro demencial.

Dessa forma, o diagnóstico da depressão e adequado manejo dos seus sintomas, seja ela isoladamente ou em associação com um quadro demencial, é de extrema relevância. Pelas evidências atuais, ainda não há como inferir se o tratamento da depressão pode levar a redução dos casos de demência, mas isso pode configurar foco de investigação futura. Além disso, o delineamento de pesquisas com intervalo padronizado para definição de uma depressão prodrômica pode vir a determinar melhor a relação dessa condição com as diferentes demências, bem como estimular a investigação das vias neurobiológicas por trás dessa interação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENNETT S. & THOMAS A.J. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? Maturitas. 2014 Oct;79(2):184-90.

DOMBROVSKI A.Y. *et al.* Epidemiology and risk factors for suicide in the elderly: 10-year update. Aging Health. 2005;1(1):135-45.

DOWNING L.J. *et al.* Geriatric psychiatry review: differential diagnosis and treatment of the 3 D's - delirium, dementia, and depression. Current Psychiatry Reports. 2013 Jun;15(6):365

HARRIS M. Cognitive Issues: Decline, Delirium, Depression, Dementia. Nursing Clinics of North America. 2017 Sep;52(3):363-374.

HEGEMAN J.M. *et al.* Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. British Journal of Psychiatry. 2012 Apr;200(4):275-81.

KROENKE K. *et al.* The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine. 2001 Sep;16(9):606-13.

MILISEN K. *et al.* Cognitive assessment and differentiating the 3 Ds (dementia, depression, delirium). Nursing Clinics of North America. 2006 Mar;41(1):1-22, v.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025. Acesso em: 07 mar. 2022.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610. Acesso em: 07 mar. 2022.

PRESS, D. & ALEXANDER, M. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. In: YAFFE, K. SCHMADER, K.E. UpToDate, 2021.

SANTOS, Iná S. *et al*. (2013). Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. Caderno de Saúde Pública.

WATT J.A. *et al.* Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. BMJ. 2021 Mar 24;372: n532.

ZUARDI, A. *et al.* (2017). Mini – Screening Mental Disorders Versão 2.0.

CAPÍTULO 26

ENFOQUE NO SUICÍDIO E SUA PREVALÊNCIA EM DIFERENTES PARTES DO MUNDO

VITORIA MARQUES MOREIRA[1]
ELAINE WERNCKE[1]
THALIA DAIANE SAIDEL PEDROSO[1]
VICTORIA BEATRICE DINIZ SILVA[1]
RAFAEL RAUBER[2]

1. Discente – Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz.
2. Docente – Doutorado em ciências: biologia celular e molecular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Docente no Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz.

***Palavras-chave**: WHO; Suicídio; Depressão.*

1. INTRODUÇÃO

Segundo Émile Durkheim (1897), "o suicídio é toda morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo da própria vítima que esta esteja ciente que produz esse resultado". Diante disso, percebe-se a importância de entender os mecanismos que levam a esse ato, tendo grande importância na área de saúde pública, especialmente voltada para modos de prevenção.

Assim, Vieira, K.F.L.; Coutinho, M.P.L (2008), ressaltam que, por ser um ato negativamente visto na sociedade, as famílias tendem a mascarar a causa do óbito de um suicida, resultando em estatísticas falhas e subestimadas, uma vez que os dados oficiais somente levam em conta as causas de mortes assinaladas nos atestados de óbito. Desse modo, buscou-se observar os dados disponíveis referentes ao número de suicídios nas diferentes regiões do mundo entre os anos 2000 e 2016. Para isso, fez-se uso da metodologia de revisão bibliográfica, com as contribuições teóricas de vários autores para o embasamento teórico, e coleta de dados provenientes de plataformas mundiais.

Logo, o objetivo deste estudo foi comparar as prevalências de suicídio, e relacionar estas com possíveis causas.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de agosto a outubro de 2019.

Para a coleta de dados foram utilizados três sites de dados mundiais, o World Health Organization (WHO), o International Monetary Fund (IMF) e o International Labor Organization (ILO), nos quais foram retiradas informações entre os anos 2000 e 2016, referentes ao número de suicídios em várias regiões e questões econômicas destas. Desse modo, os países foram agrupados em África do Norte, África Subsaariana, América do Norte, América Latina, Europa, Ásia Central e do Sul, Ásia Oriental e Sudeste, Ásia Ocidental e Oceania, o qual permitiu uma análise mais detalhada.

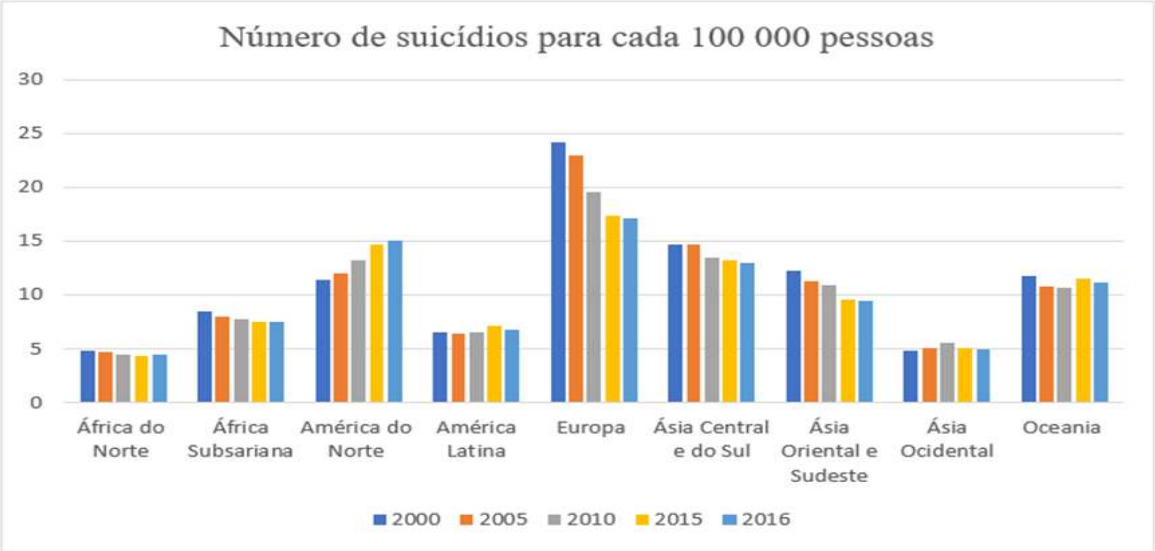
Assim, os dados retirados foram estáticamente analisados, o que permitiu a construção de gráficos referentes ao número de suicídio a cada 100.000 pessoas por região, a média mundial - possibilitando a comparação da incidência entre homens e mulheres, além da idade mais predominante, o crescimento anual dos países e suas respectivas taxas de desem-prego. Além disso, para o estudo foi também utilizado um mapa do Fundo Monetário Internacional para ser possível a comparação do PIB nas regiões em 2000 e 2016.

Em relação ao embasamento teórico, foi realizada uma revisão bibliográfica de vários artigos e livros de pesquisadores do assunto, como, por exemplo, Émile Durkheim.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de casos de suicídios apresenta disparidades conforme a região do mundo analisada, como demonstra o **Gráfico 26.1**. Assim, de acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), referentes aos anos 2000, 2005, 2010, 2015 e 2016, o número de suicídios em geral diminuíram com o passar dos anos, exceto pela América do Norte que continua com um crescimento. Ademais, vale ressaltar que a Europa possui disparidade no número de casos, embora esteja progressivamente diminuindo com o passar dos anos.

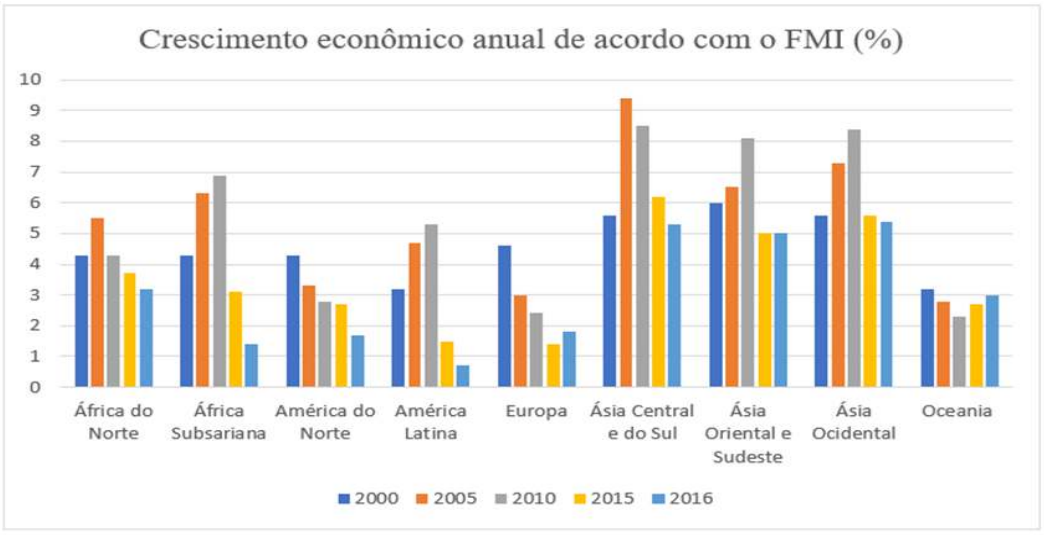
Gráfico 26.1 Número de suicídios para cada 100.000 pessoas.



Legenda: Imagens obtidas nos meses de agosto a outubro de 2019. **Fonte:** Adaptado da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Além disso, informações coletadas da OMS, concluem que a predominância de óbitos está no sexo masculino com idade entre 30 e 49 anos, fato que pode estar amplamente relacionado, entre outros fatores, com a questão econômica e desemprego, visto que nesta fase da vida busca-se o crescimento financeiro e profissional. Ademais, pessoas do sexo masculino possuem mais dificuldade em procurar ajuda profissional e muitas vezes acabam reprimindo o que sentem, o que gera mais angústia, e assim acabam com mais idea-lizações suicidas. Por conseguinte, os dados do Fundo Monetário Internacional (FMI) referentes ao crescimento econômico anual das regiões (**Gráfico 26.2**) revelam que a economia possivelmente foi um gatilho para as curvas de incidências de suicídio.

Gráfico 26.2 Crescimento econômico anual de acordo com o FMI (%).



Legenda: Imagens obtidas nos meses de agosto a outubro de 2019. **Fonte:** Adaptado do Fundo Monetário Internacional (FMI).

Outros dados relevantes para a pesquisa, são os referentes ao PIB dos países do mundo (**Gráfico 26.3 e 26.4**), coletados no FMI, e a taxa de desempregados (**Gráfico 26.5**), de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Essas variáveis correlacionadas com o crescimento econômico e o número de suicídios permitem uma análise mais aprofundada e com resultados que serão discutidos adiante.

Gráfico 26.3 PIB nos anos 2000.

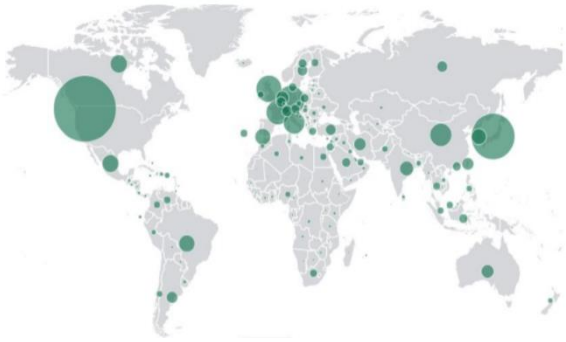
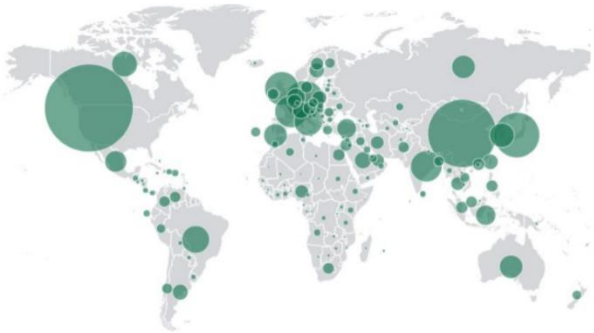


Gráfico 26.4 PIB nos anos 2016.



Legenda: Imagens obtidas nos meses de agosto a outubro de 2019. **Fonte:** Fundo Monetário Internacional (FMI).

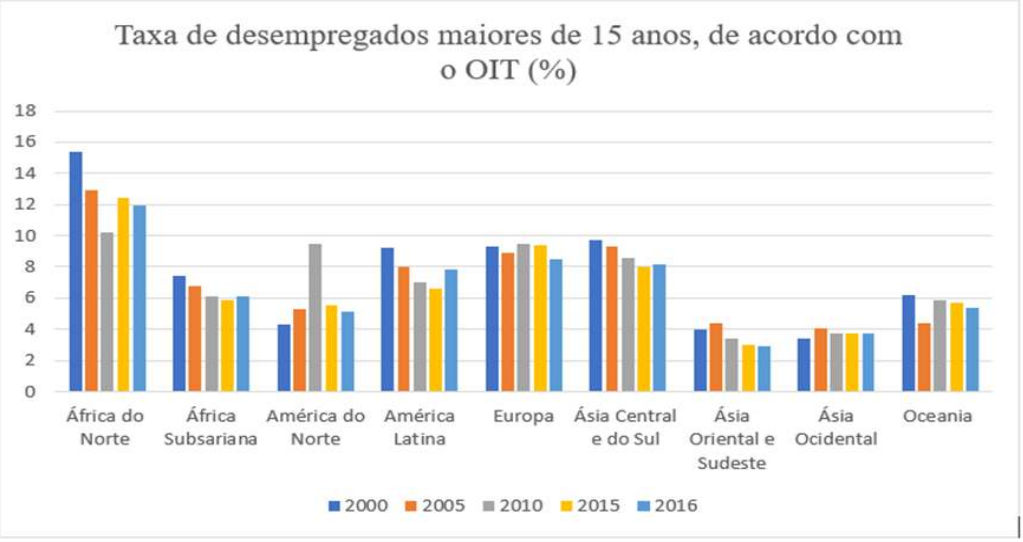
Em relação aos dados apresentados até o momento, conclui-se que crescimento anual tem, em geral, relação inversamente proporcional ao número de suicídios. Em relação à isso, percebe-se que a América do Norte teve um contínuo decréscimo no crescimento econômico, no entanto, apresentou um contínuo aumento nas taxas de suicídio. Paralelamente a este fato, a Europa, o lugar que apresentou o maior número de óbitos, foi uma das regiões com menor crescimento econômico no período analisado. No entanto, essa variável não é aplicada em todos os casos, visto que a Ásia Central e do Sul embora apresentasse um relevante crescimento anual, suas taxas de suicídios sofreram poucas modificações, continuando altas.

Diante disso, a análise da segunda variável (PIB), demonstra que as regiões com maiores números de óbitos são também os lugares com o PIB mais expressivo, destacando-se a América do Norte, Europa e Ásia Central e do Sul. Esse fenômeno pode ser explicado, segundo Durkheim (1897), porque há uma maior prevalência de suicídio nas regiões protestantes, urbanas e com maior escolaridade, e essas características são mais encontradas em países desenvolvidos. Ademais, o inverso também é perceptível, visto que a África do Norte, África Subsariana, América Latina e Ásia Ocidental apresentaram os números de suicídios mais baixos e, também, PIB inferior aos outros locais estudados.

Outro fator relevante, é que o grande número de desempregados na Europa e Ásia Central e do Sul, correspondem às taxas elevadas de óbitos. Contudo, regiões como África do Norte, África Subsariana e América Latina também apresentaram elevadas taxas de desemprego, mas menores números de suicídios. Além disso, a relação do desemprego na América do Norte não se aplica, uma vez que houve somente um pico em 2010.

Todavia, existem outros coeficientes de dados que podem estar relacionados aos casos de suicídios podendo apresentar grandes variações de um país ao outro, já que é um problema subestimado por fatores biológicos, culturais e socioeconômicos, que são específicos de cada região (MOREIRA; BASTOS, 2015).

Gráfico 5.0 Taxa de desempregados maiores de 15 anos, de acordo com o OIT (%).



Legenda: Imagens obtidas nos meses de agosto a outubro de 2019. **Fonte:** Adaptado da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Sendo assim, pesquisas são realizadas recorrentemente quanto a relação do grau de escolaridade e desemprego como motivos suicidas em alguns países, por exemplo na Coreia do sul onde as taxas do autoextermínio apresentaram índices acentuados em ambos os gêneros quanto menor o grau de escolaridade. Além disso, numa comparação realizada entre acadêmicos e não acadêmicos, trabalhadores e desempregados no Norte de Portugal revela que dentre os fatores que os desempregados apresentam resultados mais significativos no problema do que os estudantes em si. Ademais na Hungria além dos influentes supracitados em Portugal e Coreia do sul, há o estado civil e a solidão quanto quesitos associados a doenças mentais, isto é, psicopatologias que atuam no direcionamento à pensamentos suicidas (VASCONCELOS-RAPOSO *et al*., 2016).

Outro fator relevante a ser trabalhado, são as possíveis medidas de prevenção. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as principais medidas eficazes são a restrição do acesso aos meios - os métodos mais comuns usados globalmente são os envenenamentos, enforcamento e uso de arma de fogo -, uso da mídia de forma responsável, introdução às políticas de álcool, intervenções nas escolas, treinamento de trabalhadores da saúde para a identificação e tratamento precoces e cuidados de acompanhamento e apoio comunitários. Além disso, o principal modo de tornar a precaução eficaz é uma abrangente abordagem multisetorial, no entanto, a maioria dos países não possuem uma estratégia nacional de prevenção ao suicídio.

Desse modo, utilizando as medidas apresentadas acima, a Organização Mundial de Saúde propôs um Plano de Ação em Saúde Mental para diminuir em 10% as taxas de suicídio até o ano 2020. Ademais, a ONU consta em seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para cair em ⅔ essas taxas até o ano de 2030. Logo, percebe-se uma preocupação mundial com medidas de prevenção e diminuição de números referentes ao suicídio.

4. CONCLUSÃO

No decorrer dessa análise, os autores discorrem sobre o suicídio variando conforme as regiões, além de reflexões sociológicas baseadas na sociedade para entender as causas e possíveis prevenções. Além disso, percebe-se através dos dados coletados nas plataformas de dados mundiais sobre a prevalência e condições econômicas, que o suicídio pode estar relacionado com o PIB, crescimento anual e taxas de desemprego, no entanto, isso não pode ser generalizado para todas regiões, uma vez que apresentam discrepâncias nos resultados.

Dessa forma, define-se o suicídio como a última tentativa de cessar toda a angústia e sofrimento daquele que padece de uma dor que para ele pareça incurável. Portanto, conclui-se através da pesquisa realizada, que a taxa de suicídios pode variar de acordo com o local, período, aspectos sociais, economia, desemprego, transtornos mentais, dependência de drogas lícitas e ilícitas, entre outros fatores.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DURKHEIM, É. O suicídio. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1897.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. Unemployment rate by sex and age -- ILO modelled estimates, November 2018 (%). Disponível em: <https://www.ilo.org/ilostat/faces/oracle/webcenter/portalapp/pagehierarchy/Page32.jspx;ILOSTATCOOKIE=n7CuLarbRYymfZ_oeT7Vj5YyuAQ2PYeiukUDn7cx14kmPrCT9sJz!-1991620366?indicator=UNE_2EAP_SE X_AGE_RT&subject=LUU&locale=EN&datasetCode=A&collectionCode=ILOEST&_>. Acesso em: 8 out. 2019.

INTERNATIONAL MONETARY FUND. Real GDP growth. Disponível em: <https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD/CMQ/COL/APQ/EUQ/PIQ/WEQ/SSQ/SAQ/PNG/NMQ/WHQ/SEQ/MEQ/EEQ/EAQ>. Acesso em: 8 out. 2019.

MOREIRA, L.C.O.; BASTOS, P.R.H.O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: Revisão de literatura. Psicologia Escolar e Educacional, v. 19, n. 3, p. 445–453, 2015.

VASCONCELOS-RAPOSO, J. et al. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. Health Psychology. v. 33., n. 2. 2016.

VIEIRA, K.F.L.; COUTINHO, M.P.L. Representações sociais da depressão e do suicídio elaborados por estudantes de psicologia. Psicologia: Ciência e profissão. v. 28, n. 4, p. 714-727. ISSN 1414-9893, 2008.

CAPÍTULO 27

SÍNDROME DE BURNOUT EM TRABALHADORES DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19

MARIA LYS PINHEIRO BEZERRA[1]
BRUNO MARTINS MILHOMEM[1]
CAROLINE FARIAS BARRETO DE MOURA[1]
FRANCISCO TABAJARA E SILVA NETO[1]
GABRIEL PEIXOTO MAIA[1]
JÚLIA ALBUQUERQUE FEITOSA[1]
MARIA BEATRIZ ALVES DE AMORIM[1]
MATHEUS MOREIRA CAVALCANTE[1]
VICTOR LUÍS CAVALCANTI DIAS[1]
VIVIANE DE SOUSA OLIVEIRA[1]

1. Discente - Medicina na Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-chave: *COVID-19; Saúde mental; Burnout.*

1. INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade essencial na vida do ser humano, papel que pode ser exemplificado a partir da letra da música "um homem também chora" de Gonzaguinha, e que interfere direta e/ou indiretamente na forma com que o indivíduo se relaciona com o mundo à sua volta. Diante disso, o processo de globali-zação vem alterando constantemente o comportamento do trabalho e o seu mercado. As jornadas ocupacionais extremamente abusivas e os ambientes precários encontrados durante a Revolução Industrial dão, agora, espaço para uma maior flexibilidade de horários, mas também para uma maior competitividade, cobrança e exposição do trabalhador.

De acordo com Barba *et al,* (2021) a relação do homem com o trabalho é consequência das ações do trabalhador e das condições oferecidas ao mesmo, de forma que tal relação pode causar diversas doenças físicas, transtornos mentais e emocionais. Dessa forma, o estresse excessivo causado no ambiente laboral é, atualmente, considerado um transtorno relacionado à saúde do trabalhador, conhecido como Síndrome de Burnout.

A Síndrome de Burnout, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, é um problema social que vem crescendo nos últimos anos e tem a tendência de se manter devido ao atual contexto do mercado de trabalho, trazendo consequências preocupantes tanto em níveis individuais quanto organizacionais, nos quais os profissionais estão inseridos. A instabilidade no trabalho, o aumento da competitividade e o aparecimento constante de novas tecnologias que obrigam o trabalhador a se atualizar impactam diretamente na saúde física e mental dos profissionais, levando a um aumento da incidência dessa síndrome na população.

Além dos estressores já descritos como potenciais situações para o desenvolvimento do quadro psíquico da síndrome, os funcionários da área da saúde possuem alguns fatores específicos para o surgimento desse distúrbio, como o convívio constante com a morte, o dever de aliviar a dor de terceiros, as jornadas de trabalho e as condições nem sempre adequadas Assim, pela tensão emocional constantemente intensificada e pelo processo muitas vezes prolongado com pacientes, o desgaste dos profissionais da área da saúde é um dos mais avaliados e estudados em relação ao Burnout.

Somado a esses problemas comumente enfrentados pelos profissionais de saúde, a pandemia de COVID-19 trouxe novos desafios. O grande número de pacientes, a falta de equipamentos de proteção individual (EPI 's), as incertezas do tratamento para os doentes, as longas jornadas de trabalho e a elevada transmissibilidade da doença são apenas alguns dos novos empecilhos enfrentados pelos mesmos. Com isso, a cronicidade do esgotamento mental e físico se torna mais frequente nesse grupo de profissionais, afetando criticamente o bem-estar geral, facilitando o surgimento de episódios de cefaleia, ansiedade e depressão, por exemplo, além de outros sinais e sintomas que também podem ser gerados pelo elevado impacto da atividade laboral praticada.

Apesar disso, essa síndrome não exige notificação compulsória, de modo que não existem dados de prevalência por parte do Ministério da Saúde, no entanto, o International Stress Management Association (ISMA-BR) estima a ocorrência em cerca de 33% dos trabalhadores da Nação, com níveis abaixo apenas de Estados Unidos, Japão e China, o que expõe a necessidade de ações mais contundentes para avaliar e atenuar essa situação.

Diante da análise das pesquisas, o presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto da

Síndrome de Burnout em trabalhadores da saúde, dentro do contexto da pandemia de COVID-19, de forma a compreender as circunstâncias que facilitam o seu surgimento, bem como o seu diagnóstico e prevenção.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática realizada no período de janeiro a março de 2022. Sob o aspecto qualitativo, foram analisados artigos científicos e periódicos que tratam sobre a Síndrome de Burnout em trabalhadores da saúde, em especial no contexto da pandemia de COVID-19.

As bases de dados utilizadas no decorrer desta revisão foram as seguintes: *National Library of Medicine Institutes of Health (PubMed)* e *Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)*. Com auxílio dos operadores booleanos "*AND*" e "*OR*", os descritores de saúde manejados para selecionar os estudos encontrados foram: "burnout", "COVID-19", "pessoal de saúde" ("*health personnel*"), "saúde mental" ("*mental health*"). Por se tratar de revisão sistemática em bases de domínio público, não foi necessária apreciação em Comitê de Ética.

Como critérios de inclusão foram considerados artigos nas línguas portuguesa e inglesa; disponibilizados na íntegra; publicados a partir de 2019 - após o início da pandemia de COVID-19; e que contemplam os temas principais objetos deste trabalho.

Quanto aos critérios de exclusão, adotou-se o descarte de estudos sem metodologia definida, duplicados, disponibilizados na forma de resumo, e que não atendiam aos critérios de inclusão ou que não abrangiam adequadamente a temática proposta.

Considerando os critérios implementados acima, foram selecionados 6 artigos para leitura na íntegra e 1 livro, que foram submetidos a análise minuciosa para coleta de dados, de acordo com o tema destacado no objetivo deste estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente é importante o entendimento de que há diferenças entre Burnout e o estresse não patológico, pois, muitas vezes, esses conceitos são, erroneamente, tratados como sinônimos. De certo, o primeiro é considerado uma exaustão com atitudes e condutas negati-vas que ocasionam prejuízos práticos e emo-cionais entre o trabalhador e suas atividades laborais. Já no que concerne ao segundo, não necessariamente está relacionado a condutas e atitudes negativas, mas sim a um desgaste emocional que interfere na vida do indivíduo, sem levar em consideração os prejuízos no trabalho. Logo, deve-se sempre ficar em alerta para as manifestações dos sinais e sintomas decorrentes da Síndrome de Burnout. Estas são divididas em físicas, psíquicas, comportamentais e defensivas, sendo esta última a característica mais importante para o diagnóstico de Síndrome de Burnout, por ser uma manifestação clínica de Burnout, não sendo característica do estresse não patológico (MENDANHA *et al.,* 2018).

Segundo os estudos analisados, no que diz respeito ao conhecimento atual da Síndrome de Burnout, é de grande importância que a associação à saúde mental esteja estritamente presente, especialmente após um período de 2 anos de pandemia devido ao vírus SARS-CoV 2, nos quais os trabalhadores da saúde que estiveram na linha de frente ao combate dessa questão mundial, desencadearam ou agravaram os quadros de estresse, muitas cursando com sintomas como mialgia, cefaleia e distúrbios do sono. Tais profissionais, sejam eles da rede privada ou pública, foram alvos de cargas horárias

extenuantes, de condições de trabalho, muitas vezes, desfavoráveis, da desconfiança pelo conhecimento limitado sobre como lidar com o vírus e com o desgaste da condição psicológica frente a todos os problemas inerentes da pandemia. Além do medo de se contaminar e/ou de infectar algum parente que habita na mesma residência, levando ao desenvolvimento de problemas psicológicos como ansiedade e depressão (ALMEIDA, 2021).

No que diz respeito ao diagnóstico da Síndrome de Burnout, existem alguns instrumentos que têm sido utilizados para essa finalidade, contudo, destaca-se o instrumento *Maslach Burnout Inventory (M.B.I.)* ilustrado na **Tabela 27.1**, um questionário composto por 22 itens amplamente difundido no mundo para a avaliação de Burnout em termos das três dimensões que compõem a síndrome. Neste questionário são analisadas três subescalas, denominadas de "exaustão emocional", "despersonalização" e "realização pessoal". A "exaustão emocional" é composta por 09 questões, a "despersonalização", formada por 05 questões e a "realização pessoal", constituída por 08 questões. Quanto à interpretação das pontuações, um nível baixo de Burnout reproduz-se em escores baixos nas subescalas de "exaustão emocional" e "despersonalização" e escores elevados na "realização pessoal" e assim sucessivamente, de acordo com o nível. No entanto, é importante destacar que a utilização isolada desses instrumentos não exclui o diagnóstico clínico com o especialista e não garante uma avaliação correta do Burnout (FRANÇA *et al.*, 2014).

Tabela 27.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

1. Sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho
2. Sinto-me como se estivesse no meu limite
3. Sinto-me emocionalmente exausto/a com meu trabalho
4. Sinto-me frustrado/a com meu trabalho
5. Sinto-me esgotado/a com o meu trabalho
6. Sinto que estou trabalhando demais neste emprego
7. Trabalhar diretamente com pessoas que me deixam estressado/a
8. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço
9. Sinto-me cansado/a quando me levanto pela manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho
10. Sinto-me cheio de energia
11. Sinto-me estimulado/a depois de trabalhar em contato com os pacientes
12. Lido de forma adequada com os problemas dos 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 tranquila os problemas emocionais no meu trabalho
17. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão
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 este trabalho
21. Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes
22. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente

Tabela: Maslach Burnout Inventory – **Fonte**: adaptado de http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/218

Uma vez que, não oferecidas medidas de suporte, a Síndrome de Burnout pode progredir para depressão. Diante disso, adota-se o risco de afastamento do profissional das suas atividades para realização do tratamento. É necessário, então, que sinais sejam identifi-cados precocemente, para que medidas preventivas sejam adotadas. Segundo Suiane Lima Almeida *et al.*, 2021, o uso de antidepressivos para o tratamento da doença está associado com estágios mais avançados de Burnout e consequentemente com risco de desenvolver uma condição de saúde mental clinicamente significativa. Portanto, recomenda-se que medidas de prevenção, como acupuntura, prática de exercícios físicos, férias, terapia cognitiva comportamental, psicoterapia, bem como o apoio psicológico familiar e de próprios profissionais da saúde antecedam a necessidade de tratamento farmacológico.

Por fim, com o intuito de prevenção, torna-se válido e necessário um olhar mais focado na relação saúde mental e trabalhadores, a fim de promover ações em saúde na tentativa de diminuir as consequências da Síndrome de Burnout e melhorar a qualidade de vida desses profissionais da saúde.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se por meio desta revisão sistemática que, de fato, a pandemia de COVID-19 foi um fator que contribuiu diretamente para que um maior número, de indivíduos fossem afetados com a Síndrome de Burnout, principalmente os profissionais da saúde. Diante disso, é fundamental que estes profissionais tenham acesso a serviços de suporte psicológico, que abordem as questões relacionadas à exaustão, à despersonalização e à realização pessoal, para que possuam melhores condições de realizar seus trabalhos. Também é essencial a garantia de um fornecimento adequado de equipamentos, tanto os de proteção individual do trabalhador, quantos os utilizados no tratamento dos pacientes, dessa maneira, os profissionais podem ter maior segurança em suas atuações, pois terão os recursos necessários para uma conduta eficaz e terão menor receio quanto ao risco de contaminação, reduzindo, portanto, a carga física e mental do serviço.

Ademais, vale ressaltar a importância dos profissionais da saúde no contexto da pandemia, pois são diretamente responsáveis pela contenção do avanço do número de casos e pela recuperação de inúmeros pacientes. Assim, cabe às instituições governamentais e à população ampliar ações que estimulem e reconheçam sempre o papel importante que esses trabalhadores vêm desempenhando.

Por fim, vale destacar o papel da prevenção, que pode reduzir consideravelmente os riscos do desenvolvimento da Síndrome de Burnout nesses indivíduos.

.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S.L. *et al.* Síndrome de Burnout em profissionais da saúde da linha de frente do Covid-19. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 7, p. 66360-66371, 2021.

BARBA, M.L. *et al.* Síndrome de Burnout na Covid-19: os impactos na saúde dos trabalhadores da saúde. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 7, p. 72547-72565, 2021.

FRANÇA, T.L.B. de, Oliveira A.C.B.L., Lima L.F. *et al.* Síndrome de Burnout: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. Revista de Enfermagem UFPE online., Recife, 8(10):3539-46, out., 2014.

MENDANHA, Marcos *et al*. Desvendando o Burnout: Uma análise interdisciplinar da Síndrome de Burnout do Esgotamento Profissional. São Paulo: LTr, 2018. P 25-31.

SAÚDE MENTAL
Edição 4
Desafios da prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado na sociedade moderna

CAPÍTULO 28

OS EFEITOS DA PANDEMIA DO COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

MARIANA LANUZA CAMPOS PEREIRA[1]
MARINA AMÉDÉE PÉRET GUIMARÃES[1]
MARINA OLIVEIRA DE MORAIS[1]
MARIZA CORRÊA PETRINI [1]

1. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Palavras-chave: *COVID-19; Saúde mental; Transtorno do espectro autista.*

1. INTRODUÇÃO

O autismo é uma síndrome que afeta o neurodesenvolvimento de aproximadamente 1,5% da população global, segundo a OMS, sendo mais prevalente no sexo masculino, apesar de apresentar maior déficit cognitivo no sexo feminino (LAHORGUE *et al*., 2019). Ele se caracteriza por deficiências na interação e na comunicação social, associadas a comportamentos e interesses restritos e repetitivos (BRITO *et al*., 2020). Assim, pacientes com essa condição, apresentam dificuldades para estabelecer uma conversa normal, para compreender bem a linguagem não verbal, para receberem estímulos sensoriais - barulho, cheiros, tocar objetivos, fixação por luzes, para se adaptarem a mudanças/transições da rotina e hábitos (LAHORGUE *et al*., 2019).

Durante a pandemia do Covid-19, portanto, pode-se considerar que crianças com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) enfrentaram, e ainda enfrentam, muitos desafios que influenciaram diretamente a sua saúde mental. O rápido aumento do número de casos da doença e a falta de conhecimento sobre o novo vírus, levaram à tomada de medidas que demandaram a adaptação de toda a população mundial. Protocolos de higiene se intensificaram, o distanciamento social foi instituído, o encerramento de centros educativos e a posterior adoção do ensino à distância. Com isso, muito mudou na rotina das crianças autistas que tiveram que se privar de diversas atividades que demandam do relacionamento social, além de introduzir novos hábitos. Tais fatos contribuíram significativamente para o aumento da ansiedade, da irritabilidade e da introspectividade desse grupo social durante a adaptação ao novo contexto pandêmico (ALONSO-ESTEBAN *et al*., 2021).

As medidas protetivas tomadas em relação ao SARS-CoV-2, ainda, levou à suspensão ou redução dos tratamentos e suportes usuais, uma vez que essas intervenções são, em geral, realizadas por uma equipe multidisciplinar - abrangendo profissionais da saúde, educadores, familiares - e utilizando desde atividades comportamentais até fármacos (LAHORGUE *et al*., 2019). Isso fez com que muitas crianças autistas não conseguissem ter o acompanhamento necessário nesses últimos anos, o que contribuiu para a exacerbação de seus sintomas e afetou seus estados mentais de forma significativa, além de ter sobrecarregado fisicamente e emocionalmente seus responsáveis, que já se preocupavam com a realidade vigente (ALONSO-ESTEBAN *et al.*, 2021).

Além disso, a mudança na rotina de grande parte da população autista é um desafio expressivo e, por esse motivo, familiares, responsáveis e cuidadores de crianças com TEA se tornaram um grupo vulnerável a desenvolver ansiedade e anormalidades mentais durante a quarentena (AMORIM *et al*., 2020).

O objetivo deste estudo foi expor, analisar e discutir os efeitos da pandemia do COVID-19 na saúde mental de crianças com TEA, de forma a compilar o acervo literário a respeito das consequências psicossociais causadas pelas medidas de restrição e das adaptações necessárias e efetivas para impedir ou minimizar esses efeitos sobre as crianças autistas.

O TEA E A PANDEMIA DO COVID-19

Diante do cenário atual, deve-se enfatizar que o autismo não é fator de risco para o Covid-19, mas crianças portadoras do TEA apresentam dificuldades em lidar com as medidas de prevenção e cuidado com o momento atual, por possuírem, muitas vezes, alterações com-

portamentais como manias e sensibilidade sensorial. Em um contexto pré-pandêmico, tal fato não era um problema, porém, a pandemia instaurou o hábito de evitar contato com superfícies, pessoas e objetos sem que estejam devidamente limpos (BRITO *et al*., 2020).

A necessidade de se preocupar com a higiene gerou grande preocupação por parte dos responsáveis que devem manter o ambiente que a criança autista habita o mais limpo possível, tornando-se uma tarefa ainda mais desafiadora em um cenário no qual a criança fica reclusa dentro de casa e, muitas vezes, o responsável precisa sair de sua residência para trabalhar e, consequentemente, se expor (BRITO *et al*., 2020).

Outro fator relevante relacionado à necessidade da higiene pessoal rigorosa, é a possibilidade de agravamento dos pensamentos paranoicos e transtornos obsessivos compulsivos que são comuns entre crianças com autismo (COURTENAY; PERERA, 2020). A impossibilidade de um comprometimento intelecto-sensorial em função da utilização de medidas de proteção, como o uso de máscaras, pode causar sofrimento nessas crianças e até mesmo desencadear crises (POLAKIEWICZ, 2021).

É importante ressaltar, também, que o adoecimento do responsável e a necessidade de distanciamento do próprio filho autista, e eventualmente a morte desse cuidador, pode influenciar consideravelmente a vida da criança que, muitas vezes, é extremamente dependente dos cuidados (BRITO *et al*., 2020).

3. ADVERSIDADES DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

A pandemia do Covid-19 implantou diversas mudanças no comportamento social como o auto-isolamento e o distanciamento físico. Para as crianças com TEA, esses fatores podem aumentar seu nível de estresse devido a uma mudança nos hábitos. A princípio eles podem ficar extremamente compenetrados nessas mudanças e posteriormente podem se sentir sobrecarregados por estarem diante de um excesso de informações. Isso pode aumentar seus níveis de ansiedade e paranoia, reduzindo ainda mais a capacidade de praticar medidas protetivas (COURTENAY; PERERA, 2020).

Dessa forma, portadores de TEA e seus cuidadores, estão expostos a adversidades vividas durante a pandemia a fim de enfrentar esses desafios. Primeiramente, indivíduos com TEA têm menor consciência e conhecimento sobre o Covid-19. Diante disso, a população autista pode ser incapaz de compreender e seguir métodos preventivos básicos que são aplicados pela população em geral, como o uso de máscaras e o distanciamento social. Segundamente, a adversidade está na mudança da rotina daquele indivíduo que, no período pré-pandemia, já estava determinada e planejada, gerando perturbações. Em terceiro lugar, a interrupção do tratamento comportamental e das intervenções educacionais que previamente propiciavam melhoras positivas provocam sintomas e distúrbios comportamentais de indivíduos com TEA, e o risco de se agravar é considerável, devido a continuidade da pandemia e a falta de perspectiva de fim. Por último, leva-se em conta os cuidadores que são submetidos a altos níveis de ansiedade e estresse, já que antes havia um alicerce de proteção com o apoio social e, de repente, essa proximidade é limitada e toda a responsabilidade torna-se de apenas um núcleo (MUTLUER; DOENYAS; ASLAN GENC, 2020).

4. QUALIDADE DO SONO NO CONTEXTO PANDÊMICO

Estudos indicam que crianças com TEA possuem alterações significativas na qualidade e organização do sono quando comparadas a crianças normais, levando a um atraso para o início do sono, sabe-se que nessas situações há tendência a piora do comportamento diurno dessas crianças. Em um contexto pandêmico de isolamento social e mudanças de hábitos que não são bem-vistas por essas crianças, o sono pode ser ainda mais prejudicado (LAHORGUE *et al*., 2019).

Para manter uma qualidade de sono adequada, às famílias e cuidadores devem estar sempre atentos para evitar atividades que possam despertar a criança próximo do horário de deitar, evitar uso de telas no mínimo 30 minutos antes do horário do sono e manter horário fixo para dormir e acordar, o interessante é garantir padrões de rotina mesmo durante a pandemia, para se ter tarefas a serem cumpridas e contribuir assim para o desenvolvimento dessa criança mesmo durante esse contexto (LAHORGUE *et al*., 2019).

5. SOBRECARGA E SAÚDE DOS FAMILIARES E/OU RESPONSÁVEIS

O cuidado de crianças autistas é constante, demanda tempo, paciência e ajuda multidisciplinar. Com o isolamento social, os familiares e/ou responsáveis passaram a ocupar papel integral nesse cuidado. Nesse contexto, aliado à preocupação da pandemia vivenciada, muitos se encontram sobrecarregados e sentem-se despreparados para lidar com a assistência dessas crianças de maneira eficaz (ANDRADE *et al.*, 2020).

Dessa forma, a sobrecarga de afazeres, bem como de cuidados, mudança de hábitos e preocupação com a saúde de todos integrantes da família se tornam motivos para tornar o cuidador mais suscetível a adoecer tanto mentalmente como fisicamente. Nesse ponto, é crucial as rodas de conversas virtuais anteriormente mencionadas, visto que possibilitam troca de experiências e aconselhamentos que podem auxiliar nesse processo de adaptação à nova realidade. E, somado a isso, é fundamental que existam locais de apoio em que esses cuidadores possam ser acolhidos sem julgamentos, afinal, é natural sentir esgotamento diante de uma rotina tão sobrecarregada, solitária e cheia de obrigações (ANDRADE *et al.*, 2020).

6. ABORDAGEM DO CENÁRIO ATUAL COM CRIANÇAS AUTISTAS

A compreensão da complexidade do Covid-19 para crianças com TEA varia de acordo com o grau do autismo que cada uma delas apresenta. Com isso, a forma de comunicação é singular para cada indivíduo autista e requer paciência e dedicação dos responsáveis. É indicado que se forneça informações simples e diretas sobre o contexto atual, porém tomando cuidado para não causar medo na criança. Isso porque crianças autistas têm mais sensibilidade a situações estressantes quando comparadas a crianças sem o espectro autista, o que reforça o cuidado com o uso de palavras e com a forma de transmiti-las para que elas não desenvolvam quadros depressivos ou de ansiedade (BRITO *et al*., 2020).

Para aquelas crianças cujo grau de autismo é mais avançado, é indicado que os responsáveis repitam sempre a informação para a criança, com paciência e cautela, por meio de palavras ou mesmo desenhos. Muitas vezes essas crianças demoram mais tempo para absorverem qualquer informação, sendo essencial a insistência por parte de seu cuidador (BRITO *et al*., 2020).

7. PLANOS TERAPÊUTICOS

Sabe-se que o acompanhamento terapêutico de crianças com TEA deve ser regular e contínuo, o que se tornou um grande desafio durante o isolamento social. Desse modo, o afastamento desse acompanhamento pode implicar em um déficit na evolução dessa criança, que deve ser estimulada continuamente visando seu desenvolvimento psicossocial. Sendo assim, medidas alternativas de adaptação a essa nova realidade se fizeram extremamente necessárias para a continuidade da assistência terapêutica (ANDRADE *et al.*, 2020) (LAHORGUE *et al*., 2019).

Profissionais responsáveis, bem como familiares e cuidadores precisaram reinventar maneiras de assistir essas crianças e não perder todo avanço já adquirido. Reuniões através de plataformas online com participação de pais e responsáveis por crianças com TEA e profissionais que intermedeiam essas reuniões, se tornaram uma prática presente durante o isolamento social e que ainda se perpetua. Essa prática possibilita um espaço para conversas sobre as dificuldades do dia a dia, bem como para compartilhar atividades e ideias que acrescentem no cuidado e assistência a essas crianças. O novo coronavírus mudou as relações e a inserção intensa do contato através do mundo virtual foi uma das principais delas (ANDRADE *et al.*, 2020).

Ainda no contexto virtual que o mundo atual possibilita, o contato por vídeo chamadas entre familiares e amigos deve ser sempre estimulado, permitindo que os vínculos criados e estabelecidos pelas crianças não se percam e estejam em constante evolução. Tal prática além de permitir a manutenção de vínculos, possibilita também a interação dessas crianças com outras pessoas além do ambiente em que vivem (ANDRADE *et al.*, 2020).

Ademais, as atividades das crianças precisaram ser alteradas após a pandemia, portanto, o papel educador dos pais ou responsáveis nesse momento é extremamente necessário. Dessa forma é importante que a nova rotina da criança autista seja planejada de forma mais organizada possível, para a criança conhecer previamente seus afazeres, diminuindo a ansiedade e gerando melhor desempenho das atividades (POLAKIEWICZ, 2021). Além disso, conversas com a criança sobre o contexto da pandemia devem ser estabelecidas, o que demanda paciência e trabalho constantes, por ser difícil a compreensão de algo tão abstrato ao olhar desses pacientes. Essas conversas devem ser baseadas em demonstrações visuais como ilustrações, formas geométricas e filmes lúdicos que podem acabar auxiliando melhor a compreensão desse contexto (LAHORGUE *et al*., 2019).

Por fim, deve-se ter uma atenção voltada à saúde e à qualidade de vida dos familiares e/ou responsáveis das crianças com TEA, que nesse cenário passaram a ser mais ativos e ter maior importância no processo terapêutico. Eles necessitam não somente de orientações para o cuidado das crianças autistas, mas também de acompanhamento e de acolhimento dos profissionais da rede a fim de preservarem sua própria saúde física e mental (POLAKIEWICZ, 2021).

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO-ESTEBAN, Y. *et al*. A Systematic Review on the Impact of the Social Confinement on People with Autism Spectrum Disorder and Their Caregivers during the COVID-19 Pandemic. Brain Sciences, v. 11, n. 11, p. 1389, 22 out. 2021.

AMORIM, R. *et al*. Impacto de la COVID-19 en niños con trastorno del espectro autista. Revista de Neurología, v. 71, n. 08, p. 285, 2020.

ANDRADRE, J. L. V. *et al.* "Água de Chocalho" em Rede: Roda de Conversa Online Com Famílias de Crianças Autistas Durante A Pandemia de COVID-19. Expressa Extensão, v. 26, n. 1, p. 429–437, 29 dez. 2020.

BRITO, A. *et al*. Autismo e os novos desafios impostos pela pandemia da COVID-19 Autism and the new challenges imposed by the COVID-19 pandemic. Revista de Pediatria SOPERJ, 2020.

COURTENAY, K.; PERERA, B. COVID-19 and people with intellectual disability: impacts of a pandemic. Irish Journal of Psychological Medicine, v. 37, n. 3, p. 231–236, 14 maio 2020.

LAHORGUE, M. *et al.* Nota de Alerta COVID-19 e Transtorno do Espectro Autista Departamento Científico de Neurologia Presidente Departamento Científico de Neurologia. [s.l.] • Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22455c-NA_-_COVID-19_e_Transtorno_do_Espectro_Autista__1_.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MUTLUER, T.; DOENYAS, C.; ASLAN GENC, H. Behavioral Implications of the Covid-19 Process for Autism Spectrum Disorder, and Individuals' Comprehension of and Reactions to the Pandemic Conditions. Frontiers in Psychiatry, v. 11, 16 nov. 2020.

POLAKIEWICZ, R. Transtornos do espectro autista: estratégias de cuidado à criança em isolamento social. PEBMED, 2021. Disponível em: <https://pebmed.com.br/estrategias-de-cuidado-a-crianca-com-transtornos-do-espectro-autista-em-isolamento-social/>. Acesso em: 10 mar. 2022.

CAPÍTULO 29

SAÚDE MENTAL: IMPACTOS DA SÍNDROME DE BURNOUT NO RENDIMENTO ACADÊMICO DE GRADUANDOS EM MEDICINA

ANNA HELENA DA SILVEIRA SATHLER[1]
ANA CAROLLINA SIMÃO DINIZ[1]
ANDRÉ LUIZ SANTOS MADERI[1]
ANDRÉ FRAUENDORF BRANCO CENNI[1]

1. Discentes - Medicina, Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

Palavras-chave: *Burnout; Medicina; Acadêmicos.*

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental de graduandos em Medicina é um aspecto relevante a ser considerado nesse âmbito. Quando não há equilíbrio psicológico, gera-se maior tendência à depressão, ao uso de drogas, a ideias suicidas e à disfunção ocupacional. Esse desequilíbrio pode promover um quadro conhecido como Síndrome de Burnout (SB).

A SB é uma enfermidade da atualidade caracterizada por um estado de estresse prolongado resultante de situações ocupacionais desgastantes. Ela leva o indivíduo a um esgotamento físico e mental. Os sintomas clássicos permeiam o distanciamento emocional de indivíduos, bem como, as relações se tornam impessoais, desprovidos de afetividade, e de certa forma até superficiais. Mais adiante, percebe-se um decréscimo na sensação de auto realização, caracterizada por uma falta de ambição, ineficiência no trabalho, e, quando se for o caso, prejuízos ao rendimento acadêmico. Faz-se presente, também, sinais orgânicos consequentes como ansiedade, cefaleia, insônia e taquicardia (ONO MORI, *et al*., 2012).

Tal Síndrome é classificada como multifatorial, uma vez que sua causa ainda é indefinida. Em alunos do curso de graduação em Medicina, por exemplo, a pressão para mostrar seu valor, bem como seu desempenho acadêmico provocam sintomas da SB. Ademais, com o passar do curso, faz-se nítida a vontade em se tornar um profissional mais qualificado associada a uma tendência no afunilamento do número de vagas disponíveis e o aumento da concorrência. Tudo isso aliado a uma extensa carga horária e a um tempo reduzido de lazer são fatores predisponentes para o surgimento dessa afecção, e, portanto, afetam diretamente o rendimento estudantil e a produztividade discente (ONO MORI, *et al*., 2012).

Outros fatores são predisponentes para o desenvolvimento da síndrome em estudantes de Medicina, tais como o fato de não residirem com pais ou familiares, serem solteiros, sedentários, não estarem no curso de primeira opção no vestibular, realizarem uma série de trabalhos extracurriculares, terem vontade de desistir ou trocar de curso, e por fim, possuírem ou desenvolverem algum tipo de distúrbio mental. Dentre esses distúrbios a depressão e a ansiedade são os mais comuns, afetando diretamente a qualidade de vida dos estudantes. Tais quadros sofrem influências de comportamentos como imaturidade emocional, discrepância entre a expectativa e a realidade, choque com a intensa vida acadêmica, insegurança devido ao preparo prático e exigência dos professores universitários (TAVARES, *et al*., 2020).

Entretanto, é válido ressaltar que as manifestações da SB entre os profissionais já em atuação não possuem as mesmas características que entre os acadêmicos, tendo em vista os diferentes contextos nos quais estão inseridos. Os estudantes não têm as mesmas responsabilidades dos profissionais, ainda que passem por relações semelhantes de treinamento durante a graduação. Mas o fato é que, uma vez desenvolvida durante o período universitário, a síndrome pode provocar condições que podem conduzir o estudante a situações crônicas de estresse, o que levaria a ocorrer repercussões no seu futuro profissional, seja nas relações de trabalho, seja nos diferentes sujeitos os quais o cuidado é prestado (PRADO, *et al*., 2019).

Frente a todo o exposto, percebe-se que a SB precisa ser prevenida e quando diagnosticada, rapidamente tratada, uma vez que pode evoluir para um espectro que abrange desde a incapacidade produtiva até ideações suicidas. O fato é que graduandos em Medicina são um

grupo vulnerável no que diz respeito ao esgotamento psicológico e, portanto, estão mais sujeitos ao desenvolvimento da SB (IMA, Juliana *et al*., 2021).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência da Síndrome de Burnout entre graduandos de medicina, e verificar os fatores associados ao rendimento acadêmico e a produtividade discente.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisas nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed e SciELO. Foram utilizados os descritores "*Burnout*", "síndrome", "medicina" e "acadêmicos". Desta busca foram encontrados 15 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos 2009 e 2021 disponibilizados na íntegra que abordaram as temáticas propostas para essa revisão. Os critérios de exclusão foram: artigos disponibilizados exclusivamente no formato de resumo que se distanciaram do objetivo do estudo, de tal maneira a não se encaixar nos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção foram obtidas 8 referências submetidas à leitura minuciosa para coleta dos dados. Os resultados foram apresentados de maneira descritiva referente ao impacto da SB no rendimento acadêmico em graduandos de Medicina.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que há uma associação cada vez mais frequente entre os estudantes de medicina e o desenvolvimento da SB, também conhecida como síndrome do esgotamento profissional. Isso porque tal curso apresenta características altamente exigentes, o que explica, em partes, a suscetibilidade dos alunos ao Burnout.

Em relação ao perfil dos acadêmicos abrangidos nesta pesquisa, nota-se que a síndrome afeta os discentes em todos os períodos do curso, entretanto, a prevalência é especialmente significativa nos últimos semestres, uma vez que, o contato maior com os pacientes, a avaliação constante realizada pelos docentes e a ansiedade em adentrar no mercado de trabalho são possíveis fatores desencadeantes para o surgimento da SB. Além disso, é importante destacar a presença cada vez maior do sexo feminino entre os estudantes da área médica, caracterizando, desse modo, a nítida feminização da medicina que está em constante evolução (RODRIGUES, *et al.*, 2020).

Nesse sentido, cabe ressaltar que a prevalência da síndrome nos últimos semestres é fruto de uma pressão social e profissional acerca da demanda por aprovações em estágios e em grupos de pesquisa, e por excelência nos diversos âmbitos do curso, de tal forma a visar pela conquista da vaga de residência. No contexto atual, parece que uma aprovação é sinônimo de superioridade e por isso apresenta tanto valor na sociedade. Por tal razão, os acadêmicos se mostram cada vez mais inseguros, estressados e ansiosos a respeito de sua capacidade profissional, fato que atrapalha bastante, não somente o rendimento, mas também os resultados. Segundo estudos, os valores de prevalência do Burnout em acadêmicos do último ano se assemelham aos encontrados para médicos, dado que reflete a sobrecarga de trabalho somada à crença na incapacidade de atingir os objetivos específicos propostos, decorrente de uma má organização e controle das tarefas (GONÇALVES, 2016).

O fato do estudante de medicina assumir muitas responsabilidades e cumprir elevada carga horária configura esse esgotamento, o que favorece o surgimento de transtornos psiquiátricos. O que chama atenção nas pesquisas é o fato de que os alunos mais predispostos ao desgaste físico e mental são justamente aqueles indivíduos que participam de atividades extracurriculares e projetos de extensão. Sob o mesmo raciocínio, dados indicam que o internato médico também se mostra um componente que leva ao esgotamento pessoal e à consequente redução do desempenho profissional, além de quadros de ansiedade e de depressão. Um estudo utilizando o escore de *Maslach Burnout Inventory for students* (MBI-SS), evidenciou que os estudantes do curso de medicina apresentaram uma discreta tendência ao desenvolvimento da síndrome, apresentando-se moderados em exaustão emocional e descrença. Estudantes que participaram de iniciação científica apresentaram maior satisfação pessoal e descrença. Entretanto, outro estudo demonstrou que o fator preditor com maior influência para o desenvolvimento da síndrome foi o autogerenciamento de tarefas propostas pela faculdade. Portanto, atividades extracurriculares podem acabar sendo um fator negativo, caso o estudante apresente dificuldade de gerenciar seu tempo e realizar tarefas já propostas pelo curso (PRADO, *et al*., 2019).

Portanto, em decorrência de vários estudos, a Organização Mundial de Saúde inseriu o Burnout no ICD-10, na categoria de "problemas relacionados com dificuldades de gestão da vida", descrito apenas como um "estado de exaustão vital". Sob essa perspectiva, entende-se que um ambiente otimizado, no qual a faculdade é responsável pelo apoio aos estudantes, de tal maneira a proporcionar esquemas de rotações clínicas bem organizadas e supervisionada, resulta em maior aprendizagem associada a menores taxas de Burnout. Ademais, alterações de rotina e organização dos estudos e das tarefas por parte dos próprios alunos também são essenciais para mitigar os índices da síndrome (RODRIGUES, *et al.*, 2020).

Pesquisas identificaram que o uso de estratégias de enfrentamento ao estresse no decorrer das atividades são importantes ferramentas para auxiliar na adaptação e minimizar as consequências negativas na saúde dos acadêmicos. No tocante as medidas capazes de prevenir a ocorrência da SB, temos as mudanças nos hábitos e estilo de vida como parte primordial a fim de se evitar a perpetuação dessa afecção. Dessa forma, é crucial estabelecer uma rotina de sono adequada, desempenhar atividades de lazer e adotar uma prática regular de atividade física, com o intuito de se combater um estado de ânimo permeado por negatividade, todavia o que se nota nos mais diversos estudantes, sobretudo, nos de medicina é o fato de que há um elevado nível de sedentarismo. Tudo isso pode ser explicado pela falta de tempo, visto que as demandas da faculdade de medicina, aliada a um cronograma extenso de estudos consomem a maior parte do tempo do aluno e dificultam a realização de atividades relacionadas à vida pessoal (PEREIRA, *et al.*, 2009).

É de suma importância analisar e combater os fatores que fomentam o comprometimento emocional e o esgotamento psicológico dos estudantes, uma vez que, a qualidade de formação do profissional da área médica é profundamente afetada a partir do momento em que a sua saúde mental se torna prejudicada. Nessa perspectiva, é essencial salientar que o processo de formação dos médicos é absolutamente permeado por estresse, competição e por uma exaustiva rotina de estudos, tudo isso em conjunto estabelece a necessidade de

uma máxima eficiência acadêmica em detrimento do bem-estar do indivíduo. Dessa forma, impõe um grau de desgaste físico e emocional com importantes repercussões acerca da saúde dos estudantes, culminando em prejuízos de aprendizagem e trazendo danos ao seu desenvolvimento profissional (IMA, Juliana *et al*., 2021).

4. CONCLUSÃO

A abordagem ideal quando tratamos sobre a Síndrome de Burnout é a prevenção e, quando diagnosticada, realizar o tratamento o mais precoce possível, uma vez que a síndrome pode levar desde a incapacidade à ideação suicida. Os estudos analisados evidenciaram uma prevalência elevada (3,95% a 9,5%) e um maior risco (26,44%) para o desenvolvimento da SB entre estudantes do curso de Medicina quando comparados com o restante da população. Foi observado uma associação positiva entre a presença da SB em estudantes que estão mais avançados no curso, que cursam mais disciplinas, sem experiência prévia na área de saúde, que não estão satisfeitos com o curso e que declararam pensar em desistir (RODRIGUES, *et al.*, 2020).

Outros fatores que influenciaram na prevalência da SB foram relacionados a dados sociodemográficos. Os com maior influência foram: com quem reside, não possuir filhos, realizar trabalho remunerado e idade. É importante analisar a relação entre a SB e a etnia em estudos futuros, uma vez que o racismo institucional afeta de forma significativa a saúde da população negra, em especial a saúde mental (RODRIGUES, *et al.*, 2020).

A partir disso, as faculdades de Medicina devem valorizar, evidenciar e propagar a importância da saúde mental do estudante, os riscos aos quais eles estão propensos e quais os meios possíveis de prevenir e diagnosticar patologias psíquicas, em especial a SB. As experiências às quais essa população é submetida, a alta cobrança externa, a extensa carga horária e o contato com o sofrimento e a morte podem levar à exaustão emocional e culminar em um maior risco no desenvolvimento da SB (PEREIRA, *et al*., 2009).

É fundamental que as instituições de ensino desenvolvam intervenções junto ao apoio pedagógico e psicológico, objetivando a orien-tação dos acadêmicos à gestão de tempo, a identificar suas dificuldades e inseguranças, lidar com o cansaço e a cobrança, além de incentivar a convivência familiar e a realização de atividades além do curso. Há ainda a necessidade de aumentar a rede de apoio psicológico na instituição, com mais profissionais, grupos de apoio e de condutas que possam ajudar objetivamente a identificar precocemente as patologias psíquicas relacionadas ao esgotamento emocional advindo do curso de medicina (TAVARES, *et al*., 2020).

Estudos mais minuciosos, com maior tamanho amostral e longitudinais, capazes de escanear a saúde mental e a vulnerabilidade dos estudantes do curso de medicina são imprescindíveis para confirmar as tendências encontradas nos estudos e para o desenvolvi-mento de ações que possam ser eficazes na prevenção e diagnóstico da SB. Avaliar os momentos críticos e mais efetivos para abordagem dos estudantes pode auxiliar para uma intervenção eficaz visando a diminuição da incidência da síndrome. Ainda, estudos que avaliem a eficácia das intervenções também são necessários (AGUIAR, *et al*., 2018)

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Ramon *et al.* Síndrome de Burnout em estudantes de medicina de universidade da Bahia. Revista Psicologia, Diversidade E Saúde, v. 7, n. 2, p. 267–276, 2018.

GONÇALVES, Catarina. Síndrome de Burnout em Estudantes de Medicina. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, UNIVERSIDADE DO PORTO, p. 1-23, 2016.

IMA, Juliana *et al*. Síndrome de Burnout em Estudantes de Medicina. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 5, p. 51758-51766, 2021.

ONO MORI, Mariana *et al.* Síndrome de Burnout e Rendimento Acadêmico em Estudantes da Primeira à Quarta Série de um Curso de Graduação em Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 4, p. 536-540, 2012.

PEREIRA, Ana Maria *et al.* Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 33, n. 1, p. 10-23, 2009.

PRADO, Monique *et al.* AVALIAÇÃO da Síndrome de Burnout entre estudantes do último ano de um curso de medicina do Brasil. Archives of Health Sciences, v. 26, n. 1, p. 41-46, 2019.

RODRIGUES, Camila *et al*. Avaliação da Prevalência da Síndrome de Burnout em Estudantes de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 44, n. 4, p. 1-8, 2020.

TAVARES, Helen *et al*. Fatores associados à Síndrome de Burnout em acadêmicos de medicina. Revista O Mundo da Saúde, v. 44, p. 280-289, 2020.

CAPÍTULO 30

OS AGRAVOS DA DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO LGBTQIA+

BEATRIZ DIAS OLIVEIRA[1]
BRENDA CARIOLITA JAPIASSU MORAES[1]
BRUNO ARAÚJO NASCIMENTO[1]
CAROLINA CANÊDO CÂNDIDO[1]
GABRIELA GOMES DE SANTANA SOARES[1]
GABRIELA RIGO CORREIA[1]
GUSTAVO HENRIQUE CARRILHO BRAZ[1]
HAMANDA XAVIER DE ARAUJO[1]
JHEMILY LOPES LIMA VILAÇA[1]
MARIA EDUARDA CARVALHO REGO[1]
MARIANA SALES QUEIROZ[1]
RENATA CARDOSO PELEGRINE MOTA[1]
THIAGO FONSECA RUAS[1]
VERIDIANA CÉLIA BEZERRA DANTAS[1]

1. Discente - UNIRV – Universidade de Rio Verde.

Palavras-chave: *LGBTQIA+; Saúde Mental; Agravos; Negligência.*

1. INTRODUÇÃO

Transtornos depressivos caracterizam-se pela diminuição do tônus neuropsíquico que se manifesta como interferência ou diminuição do interesse por atividades anteriormente consideradas prazerosas (CORYELL, 2021). Sua etiologia advém de estímulos endógenos (relacionados com o próprio indivíduo) ou exógenos (relacionados com circunstâncias que rodeiam o indivíduo).

No que diz respeito fatores relacionados com o próprio indivíduo tem-se a hereditariedade como a base mais comum da etiologia do transtorno depressivo. Assim, a depressão é mais comum entre parentes entre primeiro grau de pacientes deprimidos, e a concordância entre gêmeos idênticos é alta (CORYELL, 2021). Além dessa, têm-se outras teorias, as quais se concentram nas alterações dos níveis de neurotransmissores, como desregulação dos neurotransmissores colinérgicos, catecolaminérgicos (noradrenérgicos e dopaminérgicos), glutaminérgicos e serotoninérgicos (5-hidroxitriptamina). Contudo, nota-se que a desregulação neuroendócrina pode ser um fator influenciador, com ênfase particular em 3 eixos: hipotálamo-hipófise-adrenal, hipotálamo-hipófise-tireoide e hormônio do crescimento (ANDRADE, 2021).

Além de estímulos endógenos, alguns autores exemplificam a depressão causada por fatores exógenos – que são relacionados às circunstâncias que rodeiam o indivíduo. Também chamada de reactiva, é o tipo de depressão mais comum, sendo por isso, mais fácil de identificar e perceber. Instala-se na sequência de um evento emocionalmente traumático, não processado de forma adaptativa e que, se mantém por algum período de tempo (COSER, 2003).

Dessarte, após um entendimento fisiopatológico do todo, é necessário voltar olhares para particularidades. Diante disso, tem-se a notável vulnerabilidade de populações como a LGBT QIA+, sendo os casos de depressão como frutos de uma patologia biopsicossocial desencadeada por preconceito, isolamento e solidão dessa comunidade. De acordo com Rosângela Vieira de Andrade (ANDRADE, 2021), psicóloga do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Direitos Humanos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a "LGBT fobia" produz o sentimento de solidão devido à condição de orientação sexual e identidade de gênero de cada um.

Além de ser entendida como uma problemática, ainda há aqueles que se tratam como uma doença, a ponto de a própria justiça brasileira entrar com processos judiciais contra a resolução do Conselho Federal de Psicologia referente à autorização de psicólogos a oferecerem terapias de reversão sexual – popularmente conhecidas como “cura gay”. Assim, como fruto de aversões sociais preconceituosas e separatistas contra a comuni-dade LGBTQI+, as vítimas de uma sociedade arcaica e com estigmas acabam por se sentir culpadas pela orientação sexual e se afastam de suas relações sociais, principalmente com a família. Problemática essa que aumenta o número de casos e os agravos decorrentes da depressão reactiva.

Portanto, diante do atual cenário, percebe-se que a comunidade sofreu agravos em decorrência da pandemia de COVID-19 - visto que o afastamento das redes de apoio, devido às medidas de distanciamento social, refletiu na piora da saúde mental e no aumento das queixas sociais mediante a falta de políticas de apoio à comunidade (CORYELL, 2021). Este capítulo tem como objetivo compreender os agravos da depressão na população LGBTQIA+, discutir a prevalência do suicídio entre pessoas heterossexuais e LGBTQIA+ e entender a relação entre o suicídio e a depressão na adolescência de pessoas LGBTQIA+.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de março de 2022. Para sua construção consideramos as seguintes fases: identificação da temática e elaboração da questão norteadora; busca da literatura; avaliação dos dados presentes nos estudos; análise dos dados e sínteses desses; e, por fim, apresentação da revisão.

Foram utilizadas pesquisas através das plataformas PubMed (U. S. National Library of Medicine), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Cochrane, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Foram utilizados os descritores: "agravos", "depressão" e "LGBT".

Os critérios de inclusão foram: artigos de revisão publicados em periódicos nacionais e internacionais, disponibilizados em inglês, espanhol e português, publicados nos últimos 5 anos e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: estudos com títulos não relacionados diretamente com o tema pesquisado, estudos portando dados irrelevantes à pesquisa, como também inapropriado ao tema proposto e que estivessem fora do idioma e do período delimitado.

Os artigos selecionados foram submetidos à leitura minuciosa para coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A saúde não se resume à ausência de doenças, como costumava se pensar no passado, mas além disso, está intrinsecamente ligada ao bem-estar social, psíquico e mental do indivíduo e que, por conseguinte, está relacionada à qualidade de vida. A aceitação de pessoas fora do padrão cis heteronormativo por parte da sociedade e suas instituições é recente e ainda é um processo em construção. A população LGBTQIA+ vem sofrendo preconceito e agressões físicas e psicológicas há décadas. A falta de aceitação social, tanto pela família quanto pelos grupos sociais com os quais o indivíduo LGBT+ convive, acarreta com frequência danos à saúde psíquica dessa pessoa. Como resultado, a população LGBT+ acaba por estar mais suscetível à depressão e crises de ansiedade na qual questões familiares, bullying e rejeição social estão intimamente ligadas a esse quadro que é caracterizado por tristeza recorrente, redução na capacidade de sentir prazer em coisas anteriormente muito prazerosas e agitação ou apatia. Assim, com o agravo da doença a pessoa pode começar a praticar autolesões e desenvolver pensamentos suicidas. Dessa forma, evidencia-se também o maior risco de tentativa de suicídio entre membros dessa comunidade, em comparação com a população geral.

Além das questões sociais e familiares discutidas sobre o impacto delas na saúde mental entre a população LGBTQIA+, outros fatores também afetaram significativamente durante a pandemia, entre eles podemos citar: perda de renda e vulnerabilidade material, adoecimento e perda de parentes e amigos, ausência de convívio social e falta de espaço físico e perspectivas.

Antes mesmo da pandemia, já era sabido que pessoas que se identificam como cis e heterossexuais sofrem menos pressão social e tendem a ter um amplo apoio tanto a nível familiar quanto a nível social. A cis heteronormatividade existente em nossa sociedade e suas instituições, negligenciam as demandas da população LGBTQIA+. Por conseguinte, esta

população tende a desenvolver mais problemas relacionados à saúde mental e psíquica. Nesse sentido, podemos constatar no estudo desenvolvido por Branström e Pachakins (2019), onde eles analisaram o histórico de assistência à saúde da população trans da Suécia entre os anos de 2005 e 2015 e percebeu-se que indivíduos trans tem 6 vezes mais chances de procurar ajuda médica devido a transtornos de humor e ansiedade, recebem 3 vezes mais prescrições de antidepressivos e ansiolíticos e tem uma probabilidade 6 vezes maior de serem hospitalizados devido a tentativas de suicídio do que o restante do povo sueco.

A pandemia instaurada pela COVID-19 forçou as pessoas a ficarem reclusas e isso afetou de modo generalizado o bem-estar mental da população. Aquela minoria, aqui sob estudo, que já padecia de dificuldades psíquicas, como a depressão e a ansiedade, viu esse quadro se agravar ainda mais na medida em que se deparou com o fechamento das, já escassas, redes de apoio, principalmente aquelas fornecidas pelo Estado. Isso somado à perda de poder financeiro e às já pré-existentes condições de falta de apoio familiar e discriminação social, teve como resultado um agravamento mais acentuado de problemas relacionados à saúde mental entre a população LGBTQIA+ do que entre a população cis e hétero.

Um estudo realizado nos Estados Unidos observou que 8% dos homens e 13% das mulheres heterossexuais tinham ideação suicida, enquanto entre homens e mulheres da população LGBT essa taxa foi respectivamente de 36% e 42%. Ainda, estima-se que 20% da população LGBT adulta já tentou suicídio ao longo da vida, sendo que 25% dos mesmos apresentam diagnóstico de depressão e ansiedade de grau moderado a severo.

Num outro estudo, dados coletados de 3.245 adultos de 5 cidades estadunidenses (Atlanta, Chicago, Nova Orleans, Nova Iorque e Los Angeles), mostrou que os menores níveis de depressão e ansiedade se encontrava entre os participantes que se identificavam como cis e héteros (AKRÉ *et al.*, 2021). Outra pesquisa, também nos EUA, demonstrou que 60% dos 477 participantes (universitários da comunidade LGBTQIA+) estavam sofrendo de ansiedade e depressão durante a pandemia (GONZALES *et al.*, 2020). Outro estudo com 398 participantes LGBTQIA+ teve como resultado uma porcentagem similar, com 69% experienciando sintomas depressivos (KNEALE e BECARES, 2020).

Citando mais um estudo, com foco também na população LGBT+, realizado através de análise de 916 postagens em blogs mostraram que em 150 (16,37%) delas a pessoa demonstrava intenso sofrimento marcado com forte sentimento de vazio, desesperança e associada com pensamentos autodestrutivos ou entorpecimento com abuso de substâncias. Já em outras 200 (21,83%) postagens foi identificado a vulnerabilidade emocional que estava principalmente ligada a dificuldade de deixar evidente os sentimentos, a sensação de exaustão e a fadiga. Para finalizar a pesquisa, 566 (61,8%) postagens evidenciaram o sentimento de rejeição e autodepreciação, sendo que a questão da rejeição estava ligada principalmente ao sentimento de dependência afetiva, vazio e medo da solidão, sentimento esses intensificados pela intolerância, preconceito e discriminação.

Por fim, uma última pesquisa desenvolvida pela Universidade da Califórnia, realizada com 2.888 participantes, em que todos se identificavam como queer, gay ou bissexual. Todos responderam um questionário perto do início da pandemia, no início de junho de 2019, e outro entre abril e maio de 2020, com a finalidade de medir como a pandemia afetou a saúde mental dessa população. Registrou-se um aumento de

1.21 (numa escala de 0 a 27 - escala PHQ-9) no quadro de depressão e de 3.11 (numa escala de 0 a 21 - escala GAD-7) no quadro de ansiedade entre essa população (MAIER *et al.*, 2022). Nesse estudo, foi identificado o agravo da saúde mental entre a população LGBT marcada por tabus, estigma e incompreensão que acabam desencadeando intenso sofrimento, depressão e suicídio. Nesse diapasão, é de suma importância ressaltar o sentimento de vazio, fragilidade emocional e exaustão que essas pessoas lidam diariamente, levando-as ao isolamento social e ao sentimento de culpa. Foi ainda identificado que o suicídio e a automutilação eram vistos como término ou alívio do sofrimento.

Percebe-se, portanto, diante de todo o exposto, que a população LGBTQIA+, antes da pandemia, já tinha uma maior incidência em não gozar de um estado de saúde satisfatório, na medida em que, devido a sua condição, encontrarem dificuldades em suas relações sociais e falta de apoio familiar e institucional. Essa comunidade, já negligenciada, viu o seu quadro se agravar ainda mais durante a pandemia, vez que a COVID-19 prejudicou as relações sociais e o fornecimento das redes de apoio que existiam. Assim, é imperioso que se destaque a necessidade de o Estado prestar uma maior atenção e assistência a essa população fragilizada e que tem sofrido mais fortemente as consequências da pandemia que o restante da sociedade.

4. CONCLUSÃO

Portanto, é evidente a influência da pandemia da COVID-19 na piora do estado emocional e mental da população LGBTQIA+, já que ela contribuiu para o isolamento das pessoas e fez reduzir a rede de apoio para essa minoria. Além disso, os dados referenciados que mostram a superioridade no número dos transtornos mentais, como depressão e ansiedade, em pessoas que não são cisgêneros e heterossexuais trazem à tona a negligência, por parte do Estado pela falta de políticas públicas de amparo a essa população e a discriminação da família e sociedade que costuma propagar ideias anacrônicas de heteronormatividade. Isso leva a maior predisposição da comunidade LGBTQIA+ a desenvolverem e sofrerem com as consequências nocivas na área psíquica, tais quais sentimento de exclusão, desesperança e a falta do bem-estar emocional.

Logo, é essencial o fortalecimento de uma atenção direcionada aos indivíduos dessa comunidade, fornecendo uma assistência multidisciplinar no âmbito da saúde, social e governamental.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKRÉ, Ellesse-Roselee *et al*. Depression, anxiety, and alcohol use among LGBTQ+ people during the COVID-19 pandemic. American Journal of Public Health, v. 111, n. 9, p. 1610-1619, 2021.

ANDRADE. R.V.; Faculdade de Farmácia do Planalto Central, 2021. Atuação dos Neurotransmissores na Depressão. Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/revista/artigos/cienciasfarmaceuticas/v1n1a6.pdf Acesso em: 19 de abril de 2022.

BRASNTROM, R. e PACHANKIS, J. E. Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Total Population Study. The American Journal of Psychiatry. 2019. Disponível em: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/epub/10.1176/appi.ajp.2019.19010080. Acesso em: 27 mar. 2022.

CORYELL. W.; MD, University of Iowa Carver College of Medicine; agosto de 2021. Transtornos depressivos. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/ profissional/transtornos-psiquiátricos/transtornos-do-humor/transtornos-depressivos?query=Depressão. Acesso em: 19 de abril de 2022.

COSER. O.; Depressão: clínica, crítica e ética [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 170 p. Coleção Loucura & Civilização. ISBN: 85-7541-030-X. Available from SciELO Books. A depressão em suas diversas formas clínicas. Disponível em: https://books.scielo.org/id/6gsm7/pdf/coser9788575412558-05.pdf. Acesso em: 19 de abril de 2022.

GONZALES, Gilbert *et al*. Mental health needs among lesbian, gay, bisexual, and transgender college students during the COVID-19 pandemic. Journal of Adolescent Health, v. 67, n. 5, p. 645-648, 2020.

KNEALE, Dylan; BECARES, Laia. The mental health and experiences of discrimination of LGBTQ+ people during the COVID-19 pandemic: initial findings from the Queerantine study. MedRxiv, 2020.

MAIER, Scott *et al*. LGBTQ+ Populations Experience Newfound Anxiety and Depression in COVID-19 Pandemic. 2020.

CAPÍTULO 31

OS DESAFIOS DA PSIQUIATRIA FORENSE NO JULGAMENTO CRIMINAL DOS PRINCIPAIS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA SOCIEDADE MODERNA

BERNARDO DE MORAIS ALVES[1]
ÉRIKA ESTHER TEIXEIRA MORAIS[2]
ISABELA CAMPOS OLIVEIRA DE ÁVILA[2]
JÚLIA PALMA AVELAR RIBEIRO[2]

1. Residente Neurocirurgia Hospital BIOCOR.
2. Discente - Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH).

Palavras-chave: *Forense; Psicopatia; Esquizofrenia; Depressão.*

1. INTRODUÇÃO

A psiquiatria forense avalia a saúde mental do suspeito e esclarece à Justiça sobre sua capacidade para o ato civil ou sobre sua capacidade para responsabilidade criminal (HUSS, 2011). Nesse contexto, serão analisados os principais transtornos psiquiátricos no âmbito criminal. Dentre esses transtornos, destacam-se a psicopatia e esquizofrenia, as quais possuem características particulares que interferem diretamente na atribuição de culpa perante um crime.

Segundo o Art. 26 do Código Penal - "É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento", os indivíduos ao cometerem um crime, podem ser considerados imputáveis ou inimputáveis.

A imputabilidade refere-se à capacidade de ser culpável, ou seja, a possibilidade de o agente compreender o caráter ilícito do fato, dominar e comandar suas vontades. Já a inimputabilidade consiste na incapacidade do indivíduo em entender o caráter criminoso do ato, logo essas pessoas estarão isentas de pena devido à ausência de culpabilidade (LISIEUX, 2017). Estas pessoas irão apresentar com seu juízo crítico prejudicado, no momento da prática do ato criminoso, sendo esta condição avaliada através de um laudo realizado por um perito, o psiquiatra forense (BRASIL,1940).

A psiquiatria forense é uma subespecialidade da psiquiatria a serviço da justiça que abrange diversas áreas, como a cível, e previdenciária, o direito da família e a criminal, sendo esta última o objetivo deste estudo. Neste caso, o médico psiquiatra terá como objetivo avaliar a saúde mental do suspeito bem como sua responsabilidade penal perante um crime (CAROLO, 2005).

Ademais, o objetivo deste trabalho consiste em elucidar sobre o transtorno de personalidade antissocial e a esquizofrenia. Para que assim os estigmas associados a tais patologias possam ser esclarecidos e ocorram deliberações mais justas, do ponto de vista médico e judiciário.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada no período de 20/01/2022 até 20/02/2022, por meio de pesquisas da realização de buscas nos bancos de dados PubMed, SciELO, Bireme, CABI - Global Health e UptoDate, sendo selecionadas publicações dos últimos 5 anos. Primeiramente, foram utilizados descritores: "Mental Disorders", "Psychiatry", "Forensic"; com o operador booleano AND em ambas as pesquisas. Desta busca foram encontrados artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos que abordavam a temática proposta para esta revisão, idiomas inglês e português. Já os critérios de exclusão foram: artigos publicados há mais de 05 anos, que não abrangiam diretamente a temática abordada e que não apresentavam os critérios de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de seleção, na primeira pesquisa restaram 8 artigos, os quais foram submetidos à leitura minuciosa para a realização desta revisão.

3. DISCUSSÃO

3.1. Transtorno de Personalidade

O Transtorno de Personalidade Antissocial, também conhecido como "psicopatia", consiste em um transtorno mental presente em 2% da

população geral e em 20% da população presidiária responsável por crimes violentos (GOMES, 2010). Contudo, apesar de comum, ainda é pouco compreendida e estigmatizada, o que aumenta a relevância do tema nos âmbitos médico e judiciário. A palavra psicopatia não é o termo mais ideal para designar esse transtorno porque se fomos ver a origem da palavra, vemos que "psyché" significa mente e pathos enfermidade, o que indicaria uma "doença da mente". Dessa forma, esse termo se torna muito amplo para nomear apenas o transtorno que chamamos agora de transtorno de personalidade antissocial". O termo sociopatia, segue a mesma linha de raciocínio, uma vez que significaria doença da sociedade, o que abre margens para diversas interpretações. É importante ressaltar que apesar de sabermos o termo correto, ainda é comum ouvirmos médicos e até mesmo psiquiatras se referindo a esse transtorno como "psicopatia" e isso não é considerado um erro (NUNES, 2011). Esse transtorno se apresenta de formas bastantes variadas, de forma que, apesar de todos os portadores terem inúmeras características em comum, elas podem se apresentar de formas mais ou menos intensas, variando também as características que mais se destacam em cada indivíduo. As principais características incluem impiedade e imoralidade: o indivíduo não sente piedade e não tem relação com a moral, vulgo leis. Ele quebra as leis, na maioria das vezes, não porque tem prazer nisso, mas somente se caso essas leis interfiram em seus objetivos e ele não se sentirá mal por isso. Não aceita o "não" ou a frustração, faz de tudo para isso ocorrer e não sente remorso caso o que ele tenha que fazer para evitar a frustração seja odioso aos olhos da sociedade. Contradizendo o senso comum, esse indivíduo sente desejos e até afeto por outras pessoas. Não conseguimos afirmar ou deduzir os sentimentos de alguém, muito menos de quem quer transmitir o que é favorável para ele, então pode ser que seus sentimentos existem de forma genuína. O único aspecto que podemos afirmar em relação a isso é a ausência de culpa ou remorso, que já foi evidenciada inúmeras vezes. A teoria mais aceita atualmente é a de que os sentimentos existem, porém de forma egoísta, um exemplo seria que o indivíduo não ama a pessoa que aparenta amar, mas sim o que passa, traz ou representa para ele, como na seguinte situação: Um psicopata que demonstra para toda a sociedade e para a própria pessoa que realmente ama a avó e faz tudo para protegê-la, mas na verdade esse amor todo é o amor pela pessoa que ela representa e sempre representou desde a infância, que simboliza proteção e apoio mesmo quando faz algo considerado errado, contudo caso essa avó possa ser substituída por outra pessoa que fornece a mesma proteção, pode ser que o psicopata não sinta falta da avó, já que o que ele amava não era a pessoa em si. Em relação aos desejos, sabemos que eles têm, porque são eles que levam o psicopata a fazer de tudo para conquistá-los (FILHO, 2004).

Sobre o exame do estado mental, ele se apresenta sem alterações. O exame do estado mental consiste na avaliação do paciente, feita na hora da anamnese. Essa avaliação é simplesmente observar o paciente para entender se ele tem as funções da mente sem alterações na hora da consulta. Essas funções são: Orientação espacial e temporal, consciência preservada, forma de interagir com outras pessoas sem alterações, vestimentas e higiene adequadas, pensamento com ideias organizadas, entre outras (HUSS, 2011). O psicopata tem tudo isso normal, que é muito diferente do esquizofrênico em delírio, como será descrito posteriormente. Outro aspecto do exame do estado mental é a avaliação do juízo crítico, que consiste na capacidade de avaliação da realidade, de modo

a distinguir corretamente os conceitos de "certo" e "errado". Tal aspecto não se altera em nenhum momento no psicopata. Ele sabe que, de acordo com a sociedade, o que ele fez é errado e que gera pena. Contudo, em sua forma de pensar, ele tem justificativas "plausíveis" para ter cometido o crime, por mais que sejam justificativas errôneas para a sociedade, consideram que o ato é legítimo. Dessa forma, apesar de existir um transtorno, essa condição não altera o entendimento do indivíduo e, devido a isso, deve receber a pena, em caso do descumprimento de alguma lei, como qualquer outra pessoa não portadora de alterações mentais (FILHO, 2004).

Os psicopatas podem não ser violentos, principalmente se para conquistar os objetivos deles, não seja necessário violentar alguém. Os "seriais killers" correspondem a apenas 15% (ou menos) dos indivíduos com transtorno antissocial. Nesses casos, o desejo e objetivo envolve matar as pessoas, seja pela adrenalina ou pelo prazer em atitudes sádicas. Contudo, na maioria das vezes os objetivos consistem em ascensão social, conquistas financeiras ou até desafios como conquistar mulheres casadas, etc. Devido a isso, o crime mais comum cometido por psicopatas é o estelionato, que não é violento e consiste em fraude praticada em contratos ou convenções, que induz alguém a uma falsa concepção de algo com o intuito de obter vantagem ilícita (p.ex., a venda de coisa alheia como própria, a hipoteca de bem já hipotecado, a emissão de cheque sem fundos, pirâmide financeira, etc.) (MONTEIRO, 2013).

Considerando os aspectos clínicos e apresentações do transtorno de personalidade antissocial e o fato de que, apesar de comum, ainda é pouco compreendida e estigmatizada, a relevância do tema nos âmbitos médico e judiciário é de extrema importância. Ao serem julgados por crimes cometidos, o psiquiatra forense deve levar em consideração a ausência de alterações que interferem na percepção crítica do psicopata, de modo a enquadrá-lo no conceito de imputabilidade, ou seja, capacidade de ser culpável, isto é, o agente ser capaz de compreender o caráter ilícito do fato, bem como a capacidade de controlar e comandar a própria vontade (NOGUEIRA, 2021).

3.2. Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença mental com heterogeneidade do quadro clínico, que pode incluir perda de contato com a realidade (psicose), alucinações (sendo as auditivas mais comum), delírios, isolamento social e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual (TENÓRIO, 2016). Durante grande parte das manifestações desses sintomas, o paciente não diferencia se o que está percebendo é real ou não, de forma a perder o juízo crítico da realidade. As características mais comuns das fases delirantes do paciente incluem vozes de comando, que geralmente são ameaçadoras, intimidadoras e fazem com que o paciente se sinta coagido e obedeça. Duas ou mais vozes podem dialogar entre si ou uma voz pode comentar a vida e as atitudes do paciente.

Em relação às alterações do pensamento, o delírio é uma das principais manifestações encontradas em pacientes esquizofrênicos e podem ter conteúdos persecutórios, autorreferentes, religiosos ou grandiosos. O discurso desses pacientes é desorganizado, de forma que essa desorganização é percebida a partir do discurso do indivíduo e podem ser observadas da seguinte maneira: mudar de um tópico a outro de forma não bem coerente (descarrilamento ou afrouxamento das associações); As respostas às perguntas podem ter uma relação oblíqua, desviante ou não ter relação alguma, com a pessoa começando a responder, mas logo se distanciando da pergunta

(tangencialidade). É mais raro, porém, pode acontecer de o discurso estar tão gravemente desorganizado, que é quase incompreensível, lembrando a afasia receptiva em sua desorganização linguística (incoerência ou "salada" de palavras). Pode ocorrer desorganização menos grave do pensamento ou do discurso durante os períodos prodrômicos (anteriores à crise) ou residuais (posteriores à crise) da esquizofrenia.

Apesar de tais alterações, é importante ressaltar que a grande maioria dos pacientes com esquizofrenia não apresentam caráter violento e, quando tratados, pacientes esquizofrênicos podem conviver em sociedade da mesma forma que convivem as pessoas que não possuem a doença (TENÓRIO, 2016). Assim, é imprescindível a sociedade não associar esta enfermidade com a violência a fim de evitar ainda mais o estigma referente à saúde mental.

Dessa forma, ao avaliar um crime cometido por um paciente esquizofrênico, o psiquiatra forense deve procurar discernir, por meio de inúmeros recursos, se a capacidade de entendimento do acusado estava acometida pela doença no momento do ato criminoso (ABDALLA-FILHO, 2003). Assim, caso seja comprovado que o paciente estava em atividade delirante ou alucinatória em fase produtiva da doença e, portanto, sem capacidade de julgamento de seus atos, ele deve ser considerado inimputável (CAROLO, 2005). Isso significa que não será julgado da mesma forma de outros indivíduos e deverá receber auxílio psiquiátrico de forma que não se torne um risco tanto para si quanto para a sociedade. Tal como ocorreu em julgamentos conhecidos, exemplificados pelo da "Tragédia de Realengo", em que um homem assassinou crianças em escola municipal do Rio de Janeiro e deixou carta que esclarece o acometimento mental pela esquizofrenia no momento do crime, como a alteração do juízo crítico.

4. CONCLUSÃO

Portanto, torna-se evidente a importância do entendimento da atuação da psiquiatria forense em diversos âmbitos da sociedade moderna, uma vez que cada transtorno e cada paciente deve ser avaliado de forma individualizada (NOGUEIRA, 2021). Ademais, a psicopatia e a esquizofrenia, além de bastante prevalentes e com alto impacto social, ainda sofrem muitos estigmas e incompreensões, o que torna necessário que esses temas sejam mais debatidos de maneira multidisciplinar. Objetivando assim, deliberações mais justas e maior inclusão e compreensão da sociedade para com pacientes portadores de tais transtornos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA-FILHO, Elias; ENGELHARDT, Wolfram. A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 25, n. 4, Oct. 2003.

BRASIL. Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Dispõe sobre imputabilidade penal. Brasília DF., dez., 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm. Acesso em: 30 mar. 2022.

CAROLO, Rui Manuel Ribeiro. Psiquiatria e psicologia forense: suas implicações na lei. 2005. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0278.pdf. Acesso em: 25 de mai. 2022.

FILHO, Elias Abdalla. Avaliação de risco de violência em psiquiatria forense. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online] 2004.

GOMES, Cema Cardona; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Psicopatia em homens e mulheres. Arquivos Brasileiros de Psicologia [online]. 2010, vol.62, n.1, pp. 13-21.

HUSS, Matthew. T. Psicologia Forense: pesquisa, prática clínica e aplicações; tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Geraldo Vernet Taborda. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FERREIRA JUNIOR, Breno de Castro *et al.* Versão Brasileira da Escala de Avaliação da Cognição em Esquizofrenia (SCoRS-Br): validação em contextos clínicos sem informantes. Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]. 2010, v. 59, n. 4 [acessado 26 maio 2021], pp. 271-278.

LISIEUX TELLES (Brasil). Associação Brasileira de Psiquiatria. Imputabilidade penal e psiquiatria. 2017.

MONTEIRO, Stefano Carlos Martins; FREITAS, Victor Hugo Caetano; SOARES, Vinicius Martins. Análise da Psicopatia Sob o Ponto de Vista Psicológico e Jurídico. 2013.

NOGUEIRA, Arthur Suman et al. Is All Psychiatry Forensic? Association between Mental Disorders and Legal Proceedings. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online]. 2021, v. 48, n. 2 , pp. 123-126.

NUNES, Camila Luciane; JORGE, Josiane de Paula; GONZAGA, Maria Teresa Claro. O Conceito de Psicopatia e seus Possíveis Tratamentos. VII EPCC - Encontro Internacional de Produção Científica (25 à 28 de Outubro de 2011).

TENÓRIO, Fernando. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.4, out.-dez. 2016, p.941-963. Acesso em: 26 de maio de 2021.

CAPÍTULO 32

AVALIAÇÃO DE IMPACTO PSICOLÓGICO EM ESTUDANTES DO ENSINO REMOTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

THAINÁ LOUISE RODRIGUES[1]

MARIANE ZAMPOL[1]

ELIZABETH BARBOSA DE OLIVEIRA-SALES[2]

EDGAR MAQUIGUSSA[2]

MIRIAN APARECIDA BOIM[2]

LUCILENE MARTORELLI ORTIZ PETIN MEDEIROS[3]

JULIANA CINI PERRY[4]

1. Discentes – Medicina da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES.
2. Docentes – Curso de Medicina e Pós-Graduação em Mestrado Profissional Saúde e Meio Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos.
3. Docente - Curso de Medicina e Enfermagem da Universidade Metropolitana de Santos- UNIMES.
4. Docente - Hybride Consultoria Empresarial.

Palavras-chave: *COVID-19; Pandemia; Desordens psiquiátricas; Adolescentes.*

1. INTRODUÇÃO

A adolescência caracteriza-se por um conjunto de mudanças físicas e biológicas somadas a mudanças psicossociais (BATISTA & OLIVEIRA, 2005).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende o período entre os 10 e os 19 anos, já o Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil define tal período entre os 12 e os 18 anos. Estabelecendo a importância da definição de critério cronológico nessa faixa etária para o desenvolvimento de programas sociais e de saúde. Entretanto, também é necessário acrescentar outros critérios, tais como: biológico, psicológico e social, tão peculiares nessa fase da vida (MS, 2007).

O Ministério da Saúde enfatiza que a adolescência é um processo de busca pela autonomia e liberdade, sendo uma fase complexa do desenvolvimento, a qual se inicia na escola e no processo de aprendizagem, estando permeado, muitas vezes, pela desigualdade social, pelo sistema de educação e seus dispositivos de controle, pelo mercado de trabalho e sua história de vida (MS, 2010).

Assim sendo, as adaptações que os jovens enfrentam em seu desenvolvimento biopsicossocial muitas vezes se tornam desafios frente a uma nova realidade, propiciando o surgimento da ansiedade. É sabido que os adolescentes enfrentam desafios diários constantes, que exigem adaptação e resposta frente a diferentes situações. Nesse contexto, o indivíduo torna-se mais vulnerável ao desenvolvimento de ansiedade, que pode em situações agravantes se associar a depressão ou outros transtornos mentais. Deste modo, os transtornos de ansiedade representam os transtornos psicológicos mais comuns da infância e adolescência, impactando no desempenho escolar, na qualidade de vida e na interação social (HIRSHFELD-BECKER *et al*., 2019).

Considera-se que a ansiedade, por ultrapassar os aspectos psicológicos e físicos, envolve manifestações fisiológicas e cognitivas, que podem auxiliar tanto no desenvolvimento até evoluir para um quadro patológico. Manifestações fisiológicas tais como agitação, hiperatividade e movimentos rápidos, assim como manifestações cognitivas, podem ser observados de maneira transitória, estável ou permanente. Assim, a presença dos seguintes sintomas, quando frequentes, deve ser considerado para o diagnóstico: tremores ou fraqueza, tensão ou dor muscular, inquietação, fadiga, falta de ar ou sensação de falta de ar, palpitação, mãos suadas, mãos frias ou úmidas, boca seca, tontura, náusea e diarreia, rubor ou calafrios, polaciúria, sensação de bolus, impaciência, resposta exagerada à surpresa, dificuldade de concentração ou prejuízo da memória, alterações do sono e irritabilidade (BATISTA & OLIVEIRA, 2005).

Ademais, o Brasil apresenta o maior número de pessoas ansiosas do mundo, de modo que 18.6 milhões de brasileiros vivem com essa desordem (9.3% da população), destacando a necessidade de atenção para tal condição que pode começar na infância, adolescência ou ser restrita apenas a fase adulta (OMS, 2018). Desse modo, a ansiedade pode ser considerada como sendo um transtorno crônico capaz de incapacitar o indivíduo e promover comorbidade psiquiátricas como depressão, transtorno de ansiedade generalizada e agorafobia. Nesse aspecto, observam-se dificuldades no relacionamento interpessoal, baixa autoestima, baixo rendimento e evasão escolar, além de comprometimento do pensamento e da memória (CRUZ *et al*., 2017). Quanto ao desenvolvimento da depressão, alguns fatores estão relacionados à sua ocorrência, tais como: depressão em parentes de primeiro grau, episódios

depressivos pregressos, transtornos de ansiedade, dificuldade de aprendizado, disfunções familiares e dificuldades em âmbito escolar, sendo os problemas familiares a causa principal (RESENDE, *et al.*, 2013).

No atual cenário, a pandemia do novo coronavírus é um fator de impacto tanto para a saúde mental quanto para o bem-estar psicológico dos adolescentes, devido às alterações na rotina e nas relações familiares. O fechamento temporário das escolas pode aumentar o risco de ocorrência de problemas de ensino-aprendizagem e evasão escolar, além de reduzir o acesso à água, alimentos, práticas de higiene pessoal e programas recreativos, principalmente em comunidades em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Assim, evidências revelam um risco aumentado de crianças e adolescentes sofrerem violência doméstica enquanto as escolas estão fechadas (SCHMIDT *et al.*, 2020). Dessa forma, dentre as principais razões emocionais e mudanças comportamentais apresentadas pelos adolescentes durante a pandemia, destacam-se: dificuldade de concentração, irritabilidade, medo, inquietação, tédio, sensação de solidão, alterações no padrão do sono e da alimentação. Á nível educacional, aulas online, videoaulas e trabalhos de casa foram tarefas propostas pelas escolas dos diferentes níveis de ensino durante a pandemia de COVID-19. Contudo, são levantadas questões sobre a eficácia do ensino a distância, uma vez que o uso das tecnologias não é acessível a todos os alunos, e os processos de escolarização não se restringem a distribuição efetiva do conteúdo acadêmico (MELO *et al.*, 2020).

Por conseguinte, considerando a adolescência como um período de mudanças biopsicossociais e uma fase de alta vulnerabilidade, nota-se a importância de minimizar fatores desencadeantes de transtornos psicológicos. No cenário da atual pandemia do novo coronavírus, em decorrência do isolamento social e do início do ensino remoto, de vulnerabilidade social, do impacto no relacionamento interpessoal, da interrupção do acompanhamento psicológico e das atividades sociais, da adoção de um estilo de vida sedentário e do aumento da violência domésti-ca, a depressão e os transtornos de ansiedade podem se desenvolver e agravar em adoles-centes.

O objetivo do presente estudo foi o de analisar os escores de ansiedade, depressão e estresse em adolescentes matriculados no ensino Fundamental II e ensino Médio durante o ensino a distância devido a pandemia de COVID-19, associando o impacto na qualidade de vida e no desempenho escolar.

2. MÉTODO

O estudo realizou um delineamento transversal a partir de uma amostragem não probabilística, através do método “snowball” (n= 130). Foram utilizados dois questionários online anônimos, utilizando a plataforma Google Forms, que nos permitiu alcançar alunos do ensino Fundamental II e do ensino Médio em diversas cidades brasileiras. A pesquisa foi divulgada no Facebook e Instagram no período de 26 de novembro a 12 de dezembro de 2020. Os dados foram coletados por meio de um questionário sobre o perfil do aluno e de outro que avalia os sintomas psicológicos por meio da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) validada em português, que possibilita verificar a preva-lência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse (VIGNOLA & TUCCI, 2014).

Os critérios de inclusão consistiram em alunos do ensino Fundamental II e ensino Médio, de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas e privadas de todos os estados

do Brasil. Os critérios de exclusão incluíram alunos com doenças psiquiátricas como depressão, ansiedade, déficit de atenção e hiperatividade, bem como aqueles em tratamento psicológico ou farmacológico para tais doenças. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMES (CAE: 363151 20.6.0000.5509). Foi obtido um total de n=130 participantes anônimos que concordaram em responder aos questionários, bem como ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos pais e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) aos alunos, estabelecidos pelo CEP/UNIMES. Sendo que 12 se encaixavam nos critérios de exclusão, portanto, um n=118 participantes foram incluídos neste estudo e não houveram dados faltantes.

O questionário de perfil do aluno apresentou informações sobre: gênero (feminino/masculino); Estado de residência; e-mail do aluno; e-mail dos pais e/ou responsáveis; ano de escolaridade (ensino Fundatamentl II 1º ano, 2º ano ou 3º do ensino Médio); tipo de ensino (público/privado); "Você tem um espaço tranquilo e silencioso para seus estudos?" (Sim/ Não); "Você tem acesso à internet em sua residência?" (Sim/Não); "Através de qual dispositivo eletrônico você monitora as aulas?" (Celular/computador/tablet/TV/Não possuo aparelho eletrônico); "Você faz tratamento contínuo para alguma doença?" (Sim- qual doença? /Não).

O questionário DASS-21, traduzido e validado em português, consiste em um conjunto de três subescalas de autorresposta, do tipo Likert, de 4 pontos, (VIGNOLA & TUCCI, 2014). Cada subescala é composta por 7 itens, destinados a avaliar os sintomas psicológicos de depressão, ansiedade e estresse. Pede-se à pessoa que indique o quanto cada enunciado aplicou a si durante a última semana. São dadas quatro possibilidades de resposta de gravidade ou frequência, organizadas em uma escala de 0 a 3 pontos, o resultado final é obtido pelo somatório das respostas aos itens que compõem cada uma das três subescalas. A subescala de depressão corresponde às questões: 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 e avalia sintomas como inércia; anedonia; disforia; falta de interesse/ envolvimento; autodepreciação; desvalorização da vida e desânimo. A subescala de ansiedade corresponde às questões: 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e avalia excitação do Sistema Nervoso Autônomo; efeitos musculoesqueléticos; ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. Além disso, a subescala de estresse corresponde às questões: 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18, e avalia a dificuldade em relaxar; excitação nervosa; fácil perturbação/agitação; irritabilidade/reação exagerada e impaciência (VIGNOLA & TUCCI, 2014).

2.1. Análise Estatística

Os valores foram expressos como a média ± e o erro padrão da média. O nível de significância considerado foi $p<0,05$. O programa TIBCO Statistica™ foi empregado para efetuar as análises. A consistência interna do instrumento foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach.

Na análise descritiva, as variáveis categóricas nominais foram apresentadas pelo número de observação de cada grupo (n) e representadas de forma relativa (%). A somatória dos escores de estresse, depressão e ansiedade foram analisadas usando métodos não paramétricos, como o teste U de Mann-Whitney para comparar diferenças entre dois grupos independentes ou por meio do teste H de Kruskal Wallis seguido do teste U de Mann-Whitney, quando apropriado.

A partir da somatória dos itens que compõem cada uma das três subescalas segundo a **Tabela 32.1**, os alunos foram classificados

como assintomáticos ou com a presença de grau leve, moderado, grave e extremamente grave para estresse, ansiedade e depressão. Os dados do grau de severidade foram representados em forma relativa (%). Os alunos foram reclassificados em dois subgrupos: assintomáticos e sintomáticos (leve, moderado, grave e extremamente grave). O teste de Qui-quadrado permitiu a análise da frequência observada dos alunos assinto-máticos e sintomáticos em relação aos parâmentros analisados no questionário DASS-21.

Tabela 32.1 DASS 21. Escore de Depressão, Ansiedade e Estresse.

	Depressão	Ansiedade	Estresse
Normal	0-4	0-3	0-7
Leve	5-6	4-5	8-9
Moderado	7-10	6-7	10-12
Severo	11-13	8-9	13-16
Extremamente Severo	14+	10+	17+

Fonte: Adaptado de Vignola & Tucci, 2014.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Características da Amostra

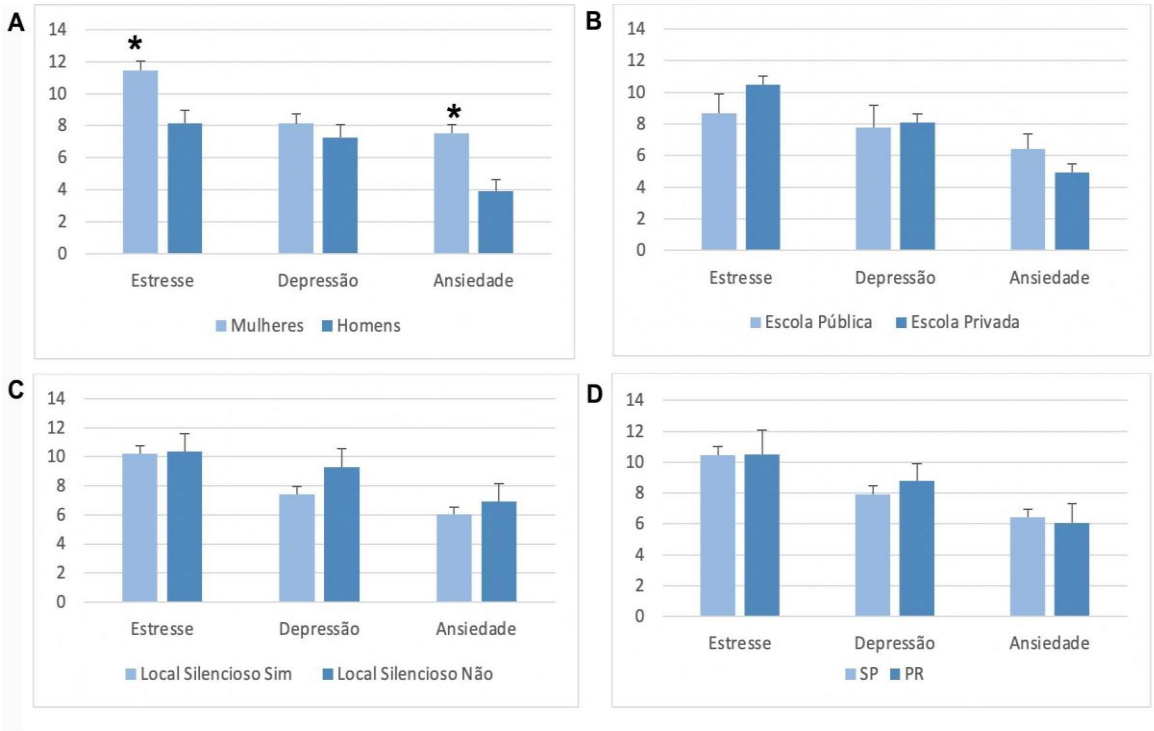
A amostra do estudo foi composta por alunos matriculados no ensino Fundamental II (28,8%), e no primeiro (17,8%), segundo (29, 7%) e terceiro anos (23,7%) do ensino Médio. A maioria dos participantes eram mulheres (63,6%), alunos do ensino privado (85,6%) e residentes do estado de São Paulo (81,4%). Outros estados também foram representados na amostra como o Paraná (12%), Rio Grande do Sul (3,4%), Espírito Santo, Rio de Janeiro e Minas Gerais (0,8%). Durante o período de ensino remoto devido a pandemia de COVID-19, 97,5% dos alunos relataram ter acesso à internet utilizando como meio eletrônico para participar das aulas remotas o computador (56,85), o celular (39,8%) e o tablete (3,4%). Apesar de 79,6% dos alunos afirmarem que estudavam em um espaço tranquilo e silencioso, aproximadamente 20% dos entrevistados não continham acesso a um local apropriado para os estudos em suas residências. Além disso, 2,5% dos alunos relataram que não tinham acesso à internet durante o período de ensino remoto.

A consistência interna do DASS-21 foi boa com os seguintes coeficientes alfa de Cronbach: $\alpha > 0{,}88$ para a subescala estresse, $\alpha > 0{,}86$ para a subescala depressão e $\alpha > 0{,}85$ para a subescala ansiedade.

Dentre os sintomas psicológicos analisados, as mulheres apresentaram um nível de estresse significativamente elevado ($11{,}44 \pm 0{,}61$) quando comparado aos homens ($8{,}16 \pm 0{,}79$) $^{*}p < 0.01$. Além disso, também apresentaram maior nível de sintomas de ansiedade ($7{,}53 \pm 0{,}56$) em relação aos homens ($3{,}93 \pm 0{,}71$), $p<0{,}001$. Entretanto, não foram observadas diferenças estatísticas para o sintoma de depressão entre mulheres ($8{,}13 \pm 0{,}6$) e homens ($7{,}25 \pm 0{,}84$) **(Figura 32.1A).** Não foram observadas diferenças relevantes para o sintoma de estresse ao comparar os alunos de escola pública ($8{,}7 \pm 1{,}18$) aos de escola privada ($10{,}5 \pm 0{,}55$). Da mesma forma, não houve diferenças significativas nos níveis de depressão entre os alunos de escola pública ($7{,}6 \pm 1{,}44$) e os de escola privada ($8{,}11 \pm 0{,}52$), e também na ocorrência de ansiedade entre os alunos de escola pública

(6,43 ± 0,96) e os de escola privada (4,94 ± 0,52) **(Figura 32.1B).** O estudo também demonstrou que os alunos que estudavam em um local silencioso não apresentaram diferenças consideráveis nos níveis de estresse (10,21 ± 0,56) quando comparados aos alunos que não possuíam um local silencioso para os estudos (10,37 ± 1,21). Da mesma forma, não houve diferenças estatísticas na ocorrência de depressão entre os alunos que continham um local silencioso (7,43 ± 0,51) e os que não continham (9,29 ± 1,28), e no sintoma de ansiedade entre os que apresentavam (6,03 ± 0,5) e os que não apresentavam (6,95 ± 1,19) um local silencioso para os estudos **(Figura 32.1C).** Para a análise dos territórios nacionais, foram considerados unicamente os estados de São Paulo (SP) e Paraná (PR), tendo em vista que os demais estados contaram com uma amostra n=1 não sendo relevante a inclusão na análise. Deste modo, de acordo com os resultados obtidos, não foram observadas diferenças estatísticas importantes comparando os níveis de estresse dos alunos do estado de SP (10,47 ± 0,55) com os alunos do estado do PR (10,5 ± 1,56). Os valores dos níveis de depressão (SP: 7,91 ± 0,55 / PR: 8,78 ± 1,14) e de ansiedade (SP: 6,44 ± 0,52 e PR: 6,07 ± 1,23) também foram semelhantes **(Figura 32.1D).**

Figura 32.1. Escore de Estresse, Depressão e Ansiedade

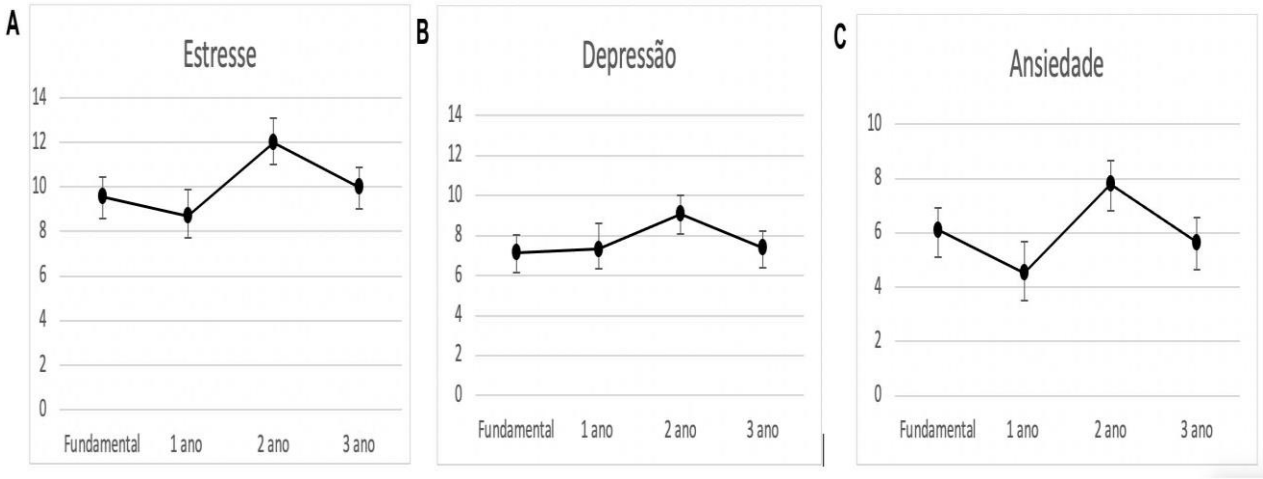


Legenda: Escores de estresse, depressão e ansiedade entre mulheres e homens (A), entre alunos de escola pública e escola privada (B), entre alunos que possuíam ou não um local silencioso para os estudos (C) e estudantes dos estados de São Paulo e do Paraná (D) (Média ± Erro Padrão). *P < 0.01 Estresse de mulheres *vs.* homens. **P < 0.001 Ansiedade de mulheres *vs.* homens (Mann-Whitney U-test).

Ao analisar separadamente o sintoma de estresse foi possível concluir que não houve alterações estatísticas significativas entre os alunos avaliados, tanto no ensino Fundamental II (9,58 ± 0,85), como no 1º ano (8,71 ± 1,19), 2º ano (12 ± 1,07) e 3º anos do ensino Médio (10 ± 0,88) **(Figura 32.2A).** Para o sintoma de depressão também não foram observadas alte-

rações significativas entre os alunos matriculados no ensino Fundamental II (7,14 ± 0,88), 1º ano (7,33 ± 1,3), 2º (9,08 ± 0,95) e 3º anos do ensino Médio (7,39 ± 0,84) **(Figura 32.2B).** Adicionalmente, também não foram verificadas diferenças estatísticas significantes nos níveis de ansiedade entre os alunos do ensino Fundamental II (6,11 ± 0,82), do 1º ano (4,52 ± 1,14), 2º ano (7,8 ± 0,86) e 3º anos do ensino Médio (5,64 ± 0,94) **(Figura 32.2C).**

Figura 32.2. Escore de Estresse, Depressão e Ansiedade entre alunos do ensino Fundamental II e 1º ano, 2º ano e 3º ano do ensino Médio.



Legenda: Escores de estresse (A), depressão (B) e ansiedade (C) dos alunos do ensino Fundamental II, 1º ano, 2º ano e 3º ano do ensino Médio (Média ± Erro Padrão/ teste H de Kruskal Wallis).

A partir do somatório das respostas de cada item das três subescalas os alunos foram classificados como assintomáticos ou sinto-máticos (grau leve, moderado, grave e extre-mamente grave) **(Tabela 32.1)**. Deste modo, foi possível identificar que os estudantes apresen-taram maior frequência de casos sintomáticos para os parâmetros de estresse ($\chi2$ =13,6; p<0,001) e depressão ($\chi2$ =12,2; p<0,001), embora não foi observado diferença nas fre-quências de alunos assintomáticos ou sinto-máticos na avaliação de ansiedade ($\chi2$ =2,17; p= 0,141).

Ao avaliar os sintomas psicológicos e seus graus separadamente, observou-se que 58,2% dos alunos apresentaram sintomas de estresse grave e extremamente grave, sendo 11,4% dos alunos com sintomas leves e 30,4% moderados ($\chi2$ =26,3; p<0,001). Além disso, 46,2% dos alunos foram considerados grave e extremamente grave para o sintoma de depressão, enquanto 14,1% dos alunos foram levemente sintomáticos e 39,7% moderados ($\chi2$ =13,5; p<0,001). Por fim, 65,7% dos alunos apresentaram sintomas graves e extremamente graves de ansiedade, embora 13,4% tenham sintomas leves e 20,9% moderados ($\chi2$ =32,1; p<0,001), conforme indicado na **Tabela 32.2.**

Tabela 32.2 Classificação percentual dos sintomas de Estresse, Depressão e Ansiedade em seus graus leve, moderado e grave/extremamente grave.

Variável	n	(%)	p
Estresse DASS-21			
Leve	9	11.4	p<0.001
Moderado	24	30.4	

Grave/extremamente grave	46	58.2	
Depressão DASS-21			
Leve	11	14.1	p<0.001
Moderado	31	39.7	
Grave/extremamente grave	36	46.2	
Ansiedade DASS-21			
Leve	9	13.4	p<0.001
Moderado	14	20.9	
Grave/extremamente grave	44	65.7	

Portanto, nossos resultados mostraram que as mulheres apresentaram maiores níveis de estresse e ansiedade quando comparado aos homens. Estudos prévios demonstraram que pessoas do sexo feminino têm duas vezes maior chance de desenvolver depressão, ansiedade e sofrer de estresse quando comparado ao sexo masculino, uma vez que as mulheres são mais susceptíveis a sofrerem prejuízos na saúde mental, e muitas vezes, estão expostas a maiores exigências sociais e mudanças hormo-nais (SERAFIM *et al*., 2021; AMARAL-PRADO *et al.,* 2021; MAGSON *et al.,* 2020; TALEVI *et al*., 2020).

Além disso, o presente estudo não evidenciou diferenças estatisticamente relevan-tes para os sintomas de estresse, depressão e ansiedade entre os alunos de escola pública e privada, apesar das possíveis desigualdades de ensino entre os dois grupos. Ademais, não houve diferenças consideráveis na ocorrência destes sintomas entre os alunos que possuíam ou não um ambiente silencioso para os estudos, embora a literatura aponte que a falta de um ambiente de aprendizado adequado é um fator que propicia prejuízos na saúde mental (CARDOSO *et al*., 2020; DIAS & PINTO, 2020; CASTRO *et al*., 2020).

Entretanto, sabe-se que devido a suspensão das aulas presenciais a educação tem sido sobremaneira afetada. Estudos apontam que a forte dependência da educação aos meios virtuais resultou na desigualdade de ensino por grande parte dos estudantes brasileiros. O Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação mostrou que o percentual de alunos da rede pública que não possuem acesso à computador em casa é de 39%, enquanto que na rede privada é de 9%, logo, há estudantes, principalmente no âmbito da educação pública, que não possuem computadores em casa ou acesso à internet. Além do mais, segundo o Centro de Inovação para Educação Brasileira (CIEB), 63% das secretarias de educação não apresentaram planejamento de ensino durante a pandemia. Deste modo, pode-se desenvolver o sentimento de estresse e ansiedade principalmente nos alunos afetados, resultando na redução da motivação e do desempenho acadêmico (CARDOSO *et al*., 2020; DIAS & PINTO, 2020).

Adicionalmente, ao compararmos os sintomas psicológicos entre os diferentes níveis de escolaridade, observamos que o segundo ano do ensino médio apresentou maior tendência ao estresse, depressão e ansiedade. Estudos mostram que os alunos do ensino Médio são mais suscetíveis ao estresse, depressão e ansiedade do que os alunos do ensino Fundamental II, devido ao aumento de responsabilidades e exigências. Também é demonstrado que os estudantes que estão se preparando para a entrada na universidade, principalmente os adolescentes em fase de conclusão da educação básica,

são os mais suscetíveis ao sofrimento psíquico (CASTRO *et al.,* 2020).

Os resultados obtidos por meio do questionário DASS-21 mostraram que os adolescentes apresentaram maior frequência de sintomas de estresse (66,9%) e depressão (66,1%) em relação aos estudantes assintomáticos. No entanto, o estudo de Serafim *et al*, (2021) relatou menor frequência de voluntários sintomáticos no teste DASS-21 (estresse 42,2%, depressão 46,4% e ansiedade 39,7%) para a população brasileira adulta durante a pandemia de COVID-19. Outras pesquisas utilizando o questionário DASS-21, também demonstraram que o impacto psicológico da pandemia tende a ser mais expressivo sobre os estudantes devido ao sentimento de insegurança quanto ao futuro e ao prejuízo pela convivência social diminuída, apresentando altos níveis de estresse, depressão e ansiedade (ODRIOZOLA-GONZÁLEZ *et al*., 2020; OLIVEIRA *et al*., 2020). Oliveira e*t al,* (2020) e Magson *et al*, (2020) também evidenciaram em estudos retrospectivos e transversais aumentos dos níveis de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes devido aos efeitos da pandemia de COVID-19. A escola atua como um mecanismo regulatório da saúde mental, principalmente por proporcionar o processo de socialização, deste modo, estudos evidenciam que a população infanto-juvenil está mais propensa a experimentar altas taxas de estresse, depressão e ansiedade durante e após o término do isolamento social, uma vez que são mais vulneráveis emocionalmente (MAIA & DIAS, 2020; NEUMANN *et al*., 2020; RIBEIRO, 2021; SZWARCWALD *et al.,* 2021). Durante o período de fechamento escolar e confinamento, o bem-estar emocional dos adolescentes foi afetado negativamente por pelo menos dois dos seguintes fatores - tristeza frequente, irritabilidade frequente e piora da qualidade do sono (SZWARCWALD *et al*., 2021.

Por fim, a análise conjunta das três subescalas permite verificar que apesar de parte dos investigados estarem dentro dos parâmetros de normalidade, mais da metade dos alunos foram identificados como sintomáticos, com os níveis de estresse, depressão e ansiedade classificados em moderado, grave e extrema-mente grave. Notavelmente, 65,7% dos entrevistados sintomáticos para ansiedade apresentaram níveis graves e extremamente graves. Portanto, o estudo corrobora com os achados literários demonstrando os danos à saúde mental do adolescente em resposta ao fechamento das escolas. Estudos anteriores demonstraram uma prevalência de 30% de transtornos mentais em adolescentes brasileiros, sendo os sintomas mais comuns a depressão e a ansiedade (OLIVEIRA *et al*., 2020; NEUMANN *et al.*, 2020; RIBEIRO, 2021). Além disso, estudos apontam que crianças e adolescentes expostos ao isolamento ou a pandemias anteriores demonstraram cinco vezes maior probabilidade de apresen-tarem níveis elevados de sintomas depressivos e ansiosos (NEUMANN *et al.*, 2020). Portanto, a suspensão das atividades escolares, o isolamento social, a perda de convívio com amigos, familiares e instituições, a solidão, a ruptura da rotina, a redução da prática de atividades físicas e a exposição ao ar livre e o aumento do tempo em frente à tela de computadores e celulares intensificam os danos à saúde mental dos adolescentes, favorecendo não só os sintomas de estresse, depressão e ansiedade, mas também a evasão escolar (NEUMANN *et al*., 2020).

4. CONCLUSÃO

Portanto, conclui-se que o isolamento social e o fechamento temporário das escolas afetam

negativamente a saúde mental dos adolescentes. Os resultados indicam a necessidade de ações com vistas a atenuar os efeitos da pandemia, especialmente em estudantes adolescentes inseridos no ensino remoto, uma vez que a ansiedade, momentos de estresse e de humor deprimido são comuns nesta faixa etária, e podem ser agravados no cenário pandêmico. Desta forma, devem ser implantadas estratégias de âmbito familiar e de serviços de saúde com o intuito de proteger a saúde mental infanto-juvenil, com a necessidade de inserção de políticas de tratamento personalizado para essa população durante e após a pandemia. Para tanto, é necessária uma comunicação aberta e efetiva entre os adolescentes e os cuidadores, com o objetivo de identificar possíveis problemas físicos e psicológicos, fornecendo informações sobre a situação da pandemia e discorrendo sobre os sentimentos de angústia, estresse, medo e insegurança por parte dos estudantes. Por fim, uma boa relação familiar e com os serviços de saúde mental é de extrema importância aos adolescentes, fornecendo auxílio para o enfrentamento dos danos à saúde mental e evitando maiores complicações futuras.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL-PRADO, H.M. *et al*. The impact of confinement in the psychosocial behaviour due COVID-19 among members of a Brazilian university. International Journal of Social Psychiatry, v. 67, p. 720, 2021.

BATISTA, M.A. & OLIVEIRA, S.M.S.S. Frequent anxiety symptoms of adolescents. Psic: Revista da Vetor Editora, v. 6, p. 43, 2005.

CARDOSO, C.A. *et al*. (Des) igualdade de acesso à educação em tempos de pandemia: uma análise do acesso às tecnologias e das alternativas de ensino remoto. Revista Com Censo, v. 7, p. 1, 2020.

CASTRO, C.J. *et al*. Ansiedade, Depressão e Estresse em tempo de pandemia: um estudo com alunos da terceira série do Ensino Médio. Research, Society and Development, v. 9, p. e864910934, 2020.

CRUZ E. L.D. *et al*. Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review. The Journal of Pediatrics, v. 93, p. 442, 2017.

DIAS, E. & PINTO, F.C.F. A educação e a COVID-19. Revista Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, v. 28, p. 545, 2020.

HIRSHFELD-BECKER, D.R. *et al.* Very early family-based intervention for anxiety: two case studies with toddlers. General psychiatry, v. 32, p. e100156, 2019.

MAGSON, N.R, *et al.* Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. Journal of Youth and Adolescence, v. 50, p. 44, 2020.

MAIA, B.R. & DIAS, P.C. Anxiey, depression and stress in university students: the impact of COVID-19. Estudos de Psicologia, v. 37, p. e200067, 2020.

MELO, *et al*. (org). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações para gestores. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Cartilha. 13 p.

MS. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: MS, 2010.

MS. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: MS, 2007. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em: 20 mar.2020.

NEUMANN, A.L. *et al.* Impacto da pandemia por COVID-19 sobre a saúde mental de crianças e adolescentes: uma revisão integrativa. Research Gate, v. 6, p. 1, 2020.

ODRIOZOLA-GONZÁLEZ, P. *et al*. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. Psychiatry research, v. 290, p. 113108, 2020.

OLIVEIRA, W.A. *et al.* La salud del adolescente en tiempos de la COVID-19: scoping review. Caderno de Saúde Pública, v. 38, p. e00150020, 2020.

RESENDE, C. e*t al*. Depression in adolescents - myth or reality? Nascer e Crescer, v. 22, p. 145, 2013.

RIBEIRO, B.L.F. COVID-19: Repercussões do isolamento social na saúde mental infanto-juvenil. Tese (Trabalho de Conclusão de Especialização). Hospital das Clínicas de Porto Alegre, 2021.

SCHMIDT, B. *et al.* Mental health and psychological interventions during the new coronavirus pandemic (COVID-19). Estudos de Psicologia, v. 37, p. e200063, 2020.

SERAFIM, A.P. *et al*. Exploratory study on the psychological impact of COVID-19 on the general Brazilian population. PLoS ONE, v. 16, p. e0245868, 2021.

SZWARCWALD, C.L. *et al.* Associations of Sociodemographic Factors and Health Behaviors with the Emotional Well-Being of Adolescents during the COVID-19 Pandemic in Brazil. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 18, p. 6160, 2021.

TALEVI, D.*et al*. Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic. Review of Psychiatry, v. 55, p. 137, 2020.

VIGNOLA, R.C. & TUCCI, A.M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. Journal of affective disorders, v. 155, p. 104, 2014.

WHO. World Health Organization. The burden of mental disorders in the region of the Americans: WHO, 2018.

SAÚDE MENTAL
Edição 4
Desafios da prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado na sociedade moderna

CAPÍTULO 33

ANÁLISE CLÍNICA DO PACIENTE COM ALTERAÇÃO DE ESTADO MENTAL: UM RELATO DE CASO

PALLOMA MIRANDA CARVALHO[1]
RAFAELA LOGATTI TOSITTOI[2]
KERLLY ANTOUN EL KHOURI[2]
JUAN PERON FARIA ROCHA[3]
JUSSARA COSTA CARLOS[1]
CAMILLA GOMES DA SILVA LACERDA[4]
ISABELA SANTOS NOIVO[3]
RAFAEL VICTOR DOS SANTOS BATISTA[5]

1. Discente – Medicina da Universidade Santo Amaro (UNISA)
2. Discente – Medicina da Universidade Nove de Julho (UNINOVE).
3. Discente – Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV).
4. Discente – Medicina da Universidade Iguaçu – Campus V.
5. Discente – Medicina do Centro Universitário Atenas (UniAtenas).

***Palavras-chave**: Estado mental; Alteração; Clínica.*

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho irá abordar um quadro de estado confusional agudo sobreposto por degeneração frontotemporal. Sua relevância se faz na importância clínica da diferenciação entre um quadro puramente demencial e os sintomas abruptos do estado confusional agudo.

Caso clínico

Identificação: J.M.C, 73 anos, sexo masculino, casado, natural e residente de Italva.

Queixa principal: "Está estranho".

História da doença atual: Há cerca de 3 dias, sua esposa diz que ele passou a ter um comportamento estranho, passou a tratá-la mal, quebrar objetos em casa. O paciente manifestou um déficit cognitivo mais acentuado que o normal, tendo em vista seu quadro demencial com predominância de comportamento frontotemporal que foi investigado com neuroimagem.

A ressonância magnética (RNM) mostrou um envelhecimento precoce maior em região frontotemporal. Foi solicitado um espectro cerebral que evidenciou alterações perfusionais compatíveis a RNM. Chegou-se na conclusão que o quadro clínico demencial era compatível com a doença lobar frontotemporal (déficit cognitivo com alterações da personalidade, comportamento social, funções executivas e linguagem).

O paciente foi internado no Asilo com piora da agressividade, da cognição e com agitação psicomotora. Não havia alterações eletrolíticas em exame laboratorial. Foi confirmado o diagnóstico de pneumonia, através de radiografia de tórax.

Medicamentos em uso: Losartan 100 mg 1x ao dia; Sinvastatina 20 mg 1x ao dia; Hidroclorotiazida 50 mg 1x ao dia.

História Patológica Pregressa: Paciente apresenta um quadro demencial com predominância de comportamento frontotemporal. Nega diabetes mellitus.

História Familiar: A esposa não soube informar.

Exame Físico

Ectoscopia: Normocorado, hidratado, anictérico, acianótico.

Neurológico: Paciente acordado, confuso e desorientado no tempo e espaço. Escala de Glasgow: 15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem rigidez de nuca. Mobiliza os 4 segmentos, possui força muscular grau 5. Reflexos profundos e superficiais +++.

Aparelho Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopro. Pressão arterial de 120/80 mmHg e frequência cardíaca de 80 bpm.

Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular universalmente audível, com estertorarão basal predominante à direita. Frequência respiratória de 19 irpm.

Abdome: Plano, flácido, depressível, peristalse presente.

Membros: Sem edemas, panturrilhas livres, pulsos palpáveis e simétricos, boa perfusão capilar.

O objetivo deste estudo foi realizar uma pesquisa bibliográfica embasada no caso clínico colhido, analisando assim sobre os possíveis quadros clínicos que permeiam a análise inicial de uma alteração de estado mental a partir de um caso clínico verídico.

2. 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, Capes Teses e Dissertações e PubMed, bem como

em livros científicos recentes da área relativa ao tema. Foram utilizados os descritores: plexo braquial; lesões; estrutura. Desta busca foram encontrados 20 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção, assim colocados em uso apenas 7 trabalhos.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês, espanhol e francês; publicados no período de 2001 a 2022 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.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os principais possíveis diagnósticos para essa clínica são demência, esquizofrenia, e estado confusional agudo. Estes se relacionam com psiquiatria, neurologia e geriatria (WACKER, 2005).

A demência é um transtorno da cognição e sua prevalência e incidência aumentam com o avançar da idade, por isso é considerado tema de neurologia e geriatria. A esquizofrenia situa-se entre os transtornos psiquiátricos e corresponde ao transtorno psicótico prototípico, podendo ser abordado por psiquiatras e neurologistas.

O estado confusional agudo é um dos sintomas mais comuns dos idosos com doença aguda. Segundo Goldman e Schafer (2014), o estado mental frequentemente serve como barômetro de saúde geral do idoso e, geralmente é o único sintoma de doenças subjacentes graves. O diagnóstico de estado confusional agudo foi encontrado devido à uma investigação clínica, laboratorial e pela resposta ao tratamento da pneumonia com melhora do quadro comportamental.

3.1. Demência

O principal desafio no diagnóstico do quadro confusional agudo é a distinção com quadros demenciais. Estes definem-se como transtorno da cognição, que interfere com o funcionamento diário e resulta na perda da independência. Geralmente é de início gradual, natureza progressiva, e ocorre em pessoas com cognição normal prévia. Mas, nenhuma dessas características define-se como demência (BARBOSA, 2019).

Em alguns casos, pode ter início abrupto e permanecer estável por longos períodos (doença neurológica aguda secundária a um acidente vascular encefálico, encefalite ou traumatismo cranioencefálico). Em outros, tem início rápido e evolui com menos de um ano (doença de Creutzfeldt-Jacob) segundo Goldman e Schafer (2014).

3.2. Esquizofrenia

Inclui episódios de psicose “sintomas positivos”, muitas vezes, acompanhados por um declínio no funcionamento geral ao longo do tempo por causa de “sintomas negativos”, como achatamento afetivo, abulia, apatia e isolamento social. O início do pico é no final da adolescência para a idade adulta jovem, com incidência anual de aproximadamente 15 a cada 100.000 pessoas. O diagnóstico é baseado diante a presença de delírios, de fala e comportamento desorganizados, assim como prejuízo significativo no desempenho social durante, pelo menos, um período de seis meses. Em pacientes com episódios psicóticos de breve duração como esquizofrenia única, com posterior retorno para o funcionamento inicial assintomático, pode ser diagnosticado o transtorno psicótico breve (<1 mês) ou transtorno esquizo-

freniforme (1 a 6 meses) (GOLDMAN e SCHAFER, 2014).

O tratamento dos episódios psicóticos agudos é realizado em regime de internação com medicações antipsicóticas, muitas vezes associadas a benzodiazepínicos. Os programas de reabilitação psicossocial são necessários para ajudar paciente a controlar estressores interpessoais e outros estressores para melhorar os resultados clínicos gerais.

3.3. Estado Confusional Agudo

Segundo Lôbo *et al,* (2010) o estado confusional agudo, ou delirium é uma alteração cognitiva definida por início agudo, curso flutuante, distúrbios da consciência, atenção, orientação, memória, pensamento, percepção e comportamento. Pode ocorrer na forma hiperativa, hipoativa ou mista e pode acometer mais de 50% dos idosos hospitalizados.

O delirium é uma entidade que favorece períodos mais prolongados de hospitalização, aumento da taxa de mortalidade e institucionalização. É comum em pacientes com maior grau de fragilidade e maior número de comórbidades, e a incidência eleva-se com idade, déficit cognitivo, fragilidade, gravidade da doença e comorbidades.

Complementando, com Wacker *et al,* (2005) que afirma que o delirium é uma síndrome neurocomportamental, causada pelo comprometimento transitório da atividade cerebral, invariavelmente secundário a distúrbios sistêmicos. Pode ser comparado a uma síndrome de insuficiência cerebral aguda, decorrente da quebra da homeostase cerebral e da desorganização da atividade neural

Na maioria das vezes, é uma condição multifatorial (fatores predisponentes e precipitantes), mas em alguns casos pode ser desencadeado por fator isolado. Como elucidam Lobô *et al,* (2010), a intervenção em um ou mais desses fatores é comumente suficiente para a resolução do quadro.

Uma ampla variação de condições clínicas, neurológicas e psiquiátricas pode levar a alterações do estado mental. Uma abordagem sistemática auxilia na avaliação de suspeita de alteração do estado mental em pacientes idosos. Posto isso, Goldman e Schafer explicitam que o primeiro passo na avaliação da suspeita de alteração do estado mental em idosos é obter um histórico detalhado de informantes confiáveis estabelecendo assim o grau anterior do paciente quanto à função cognitiva e o progresso clínico de quaisquer alterações cognitivas. Alterações crônicas (aquelas que ocorrem ao longo de meses a anos) representam provávelmente, uma doença subjacente demencial e deve ser avaliada de acordo.

As alterações agudas (ou seja, alterações que ocorrem durante dias e semanas) – mesmo que sobrepostas em uma demência subjacente – devem ser investigadas a fundo por meio de avaliação cognitiva detalhada para determinar se mesmo quando sobrepostas à demência subjacente há presença de delirium. Se não ocorrerem características de delirium (p. ex., desatenção, pensamento desorganizado, nível alterado de consciência, sintomas flutuantes) indica-se avaliação adicional para depressão, distúrbios psicóticos não orgânicos agudos ou outras condições psiquiátricas (GOLDMAN e SCHAFER, 2014).

Os fatores predisponentes ou de vulnerabilidade incluem comprometimento cognitivo ou demência pré-existente, enfermidade subjacente grave, altos graus de comorbidade, prejuízo funcional, enfermidade subjacente grave, altos graus de comorbidade, prejuízo funcional, idade avançada, insuficiência renal crônica, desidratação, desnutrição e deficiência da visão ou audição.

Demência é um fator de risco importante e consistente para delirium; pacientes com demência têm um risco importante e consistente para delirium. Dos pacientes com delirium, de 30 a 50% possuem demência subjacente. As infecções subclínicas são uma causa particularmente importante de delirium. Os pacientes mais idosos frequentemente não apresentam uma resposta febril ou de leucocitose à infecção, e cabe aos clínicos a avaliação cuidadosa quanto a sinais de pneumonia, infecção do trato urinário, endocardite, abscesso abdominal ou pioartrites.

As características principais incluem o início agudo e a desatenção. Para estabelecer essa alteração, é preciso ter conhecimento da função cognitiva basal do paciente. Os pacientes com delirium são desatentos, apresentando dificuldade na focalização, manutenção e mudança de atenção.

Os pacientes podem ter dificuldades com tarefas simples e repetitivas, sequências numéricas e citação dos meses na ordem inversa. Outras características-chave incluem a desorganização do processo do pensamento, que comumente é uma manifestação de distúrbios perceptivos ou cognitivos latentes; grau alterado de consciência, que geralmente é uma letargia com redução na nitidez de percepção ambiental; e flutuação dos sintomas cognitivos.

O comprometimento cognitivo pode não ser aparente durante a conversa, então, breves testes de rastreio cognitivo, como o Teste Mini-Cog e o Confusion Assessment Method, devem ser usados.

A atenção deve ser adicionalmente avaliada com testes simples, como sequência crescente de dígitos (sendo a desatenção indicada pela incapacidade de repetir cinco dígitos crescentes) ou a citação dos meses na ordem inversa.

Para determinar a função cognitiva basal, é importante obter histórico de informante confiável e estabelecer a alteração do estado mental. O exame físico deve incluir avaliação neurológica detalhada e pesquisa de sinais de infecção subclínica ou de processo abdominal agudo. Conforme Goldman e Schafer (2014), a revisão do conjunto de medicações, incluindo aquelas adquiridas livremente é crucial, e o uso de medicações com efeitos psicoativos deve ser descontinuado ou minimizado sempre que possível.

A estratégia mais eficaz para reduzir o delirium e suas complicações é a prevenção primária. Tais estratégias devem abordar fatores de risco importantes e pacientes de alto risco. Para isso, faz-se necessária a abordagem multidisciplinar ou uma consulta geriátrica. Alguns padrões de práticas que levam ao delirium (p. ex., imobilização, medicamentos para dormir, cateteres urinários, restrições físicas) devem ser mudadas em todo o sistema, e para isso, médicos e enfermeiros devem ser conscientizados (LÔBO *et al.*, 2010).

O incentivo a presença da família, transferência de um paciente perturbador para quarto particular ou mais perto do posto de enfermagem (melhor supervisão), contato interpessoal, comunicação, reorientação verbal, explicações e instruções simples são intervenções do manejo não farmacológico.

Os pacientes devem ser incluídos nas tomadas de decisões, na medida do possível. Óculos e auxiliares de audição podem reduzir o déficit sensorial. Devem ser incentivados a mobilidade, cuidados pessoais e independência. A atenção deve ser focalizada em minimizar as influências estranhas advinhas do ambiente hospitalar, com fornecimento de relógios, calendários e minimizar as mudanças de quarto e pessoal. O ambiente deve ser quieto, com pouca luminosidade. É ideal permitir o sono ininterrupto do paciente durante à noite.

As abordagens farmacológicas devem ser reservadas para pacientes nos quais os sintomas de delirium possam resultar na interrupção das terapias medicamentosas necessárias ou ameaçar a segurança do paciente ou de outras pessoas. Nenhum medicamento é considerado ideal, pois pode mascarar o estado mental do paciente e obscurecer os esforços para monitoramento e progresso das alterações do estado mental.

O medicamento deve ser administrado nas doses mais baixas e pelo menor tempo possível. Os neurolépticos são os agentes preferidos. O haloperidol é o agente mais amplamente empregado, pois causa menos hipotensão ortostática e efeitos anticolinérgicos. A dose inicial recomendada é de 0.5 mg de haloperidol por via oral ou parenteral, repetida a cada 30 minutos após a reavaliação dos sinais vitais até a obtenção da sedação. O resultado deve ser um paciente acordado, mas confortável. Pode ser usado intramuscular. A dose de manutenção consiste na metade da dose de ataque e deve ser administrada em doses fracionadas nas 24 horas seguintes, com diminuição gradual da dose nos próximos dias até resolução do quadro. Na síndrome de abstinência ao álcool e medicamentos sedativos, os benzodiazepínicos são os medicamentos de escolha (LÔBO *et al*., 2010).

4. CONCLUSÃO

Por meio deste estudo de relato de caso, foi analisado os possíveis quadros clínicos que permeiam a análise inicial de uma alteração de estado mental a partir de um caso clínico verídico. A avaliação do nível de consciência é um dos parâmetros mais importantes para se determinar as necessidades assistenciais de um paciente, principalmente daqueles com distúrbios neurológicos. A semiologia aplicada a prática médica é fundamental para iniciarmos uma abordagem pertinente ao contexto clínico, concentrando esforços humanos e recursos financeiros proporcionais à cada situação, reduzindo o número de iatrogenias e retardo na abordagem às vítimas (BARBOSA, 2019). Diante de uma análise integral, é possível obter resultados satisfatórios, de forma a empregar estratégias de rastreamento e tratamento adequado que vão além de uma avaliação única para múltiplas avaliações necessárias, de forma a identificar indivíduos que possam desenvolver necessidades psicossociais não atendidas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Poliana Silva; GARCIA, Brenda Regio; LOBO, Romulo Rebouças. Semiologia Aplicada na Alteração do Nível de Consciência em Pacientes Vítimas de TCE. XXVIII Encontro de Iniciação à Docência V. 4 N. 4 (2019).

GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew L. Goldman Cecil Medicina Interna. 24. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

LÔBO, R. *et al.* Delirium. Revista de Medicina (Ribeirão Preto) (2010).

WACKER, P. *et al*. Delirium: Uma perspectiva histórica (2005). Revista de Psiquiatria Clínica.

CAPÍTULO 34

SÍNDROME DE BURNOUT: INDICADORES PARA UM DIAGNÓSTICO ADEQUADO

LUÍSA DINIZ NAPOLEÃO[1]
GABRIEL DA COSTA PEREIRA[2]
ANA JÚLIA BASSO MACEDO[3]
BEATRIZ CARDOSO DIAZ PAGLIARINI[4]
VANESSA SÁ MAGALHÃES E BARROS[5]
IDELCI GOUVEA COUTO SILVA NETA[6]
ANDRÉ ROBERTO UBARANA PIRES[6]
SABRINNA LETÍCIA FERREIRA NETO[7]
MARIANA LUÍSA DA SILVA AZEVEDO[3]
MARIA ANGÉLICA OTERO DE MELO DOS REIS[7]
THAIZ GEOVANA BEZERRA[3]

1. Discente - Medicina da Universidade de Patos de Minas
2. Discente – Medicina da Universidade Estadual de Santa Cruz
3. Discente - Medicina da Universidade do Oeste Paulista
4. Discente – Medicina da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy
5. Discente - Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
6. Discente – Medicina da Universidad Politécnica y Artística del Paraguay
7. Discente - Medicina da Universidad Nacional de Rosario

Palavras-chave: *Síndrome do Burnout; Impacto da doença na qualidade de vida; Trabalho.*

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout (SB) é uma doença ocupacional relacionada ao estresse crônico no ambiente de trabalho que, a longo prazo, pode ocasionar sérios problemas à saúde mental. Dentro da psicologia, tal síndrome acarreta prejuízos tanto a nível cognitivo, quanto emocional e atitudinal, provocando condutas negativas laborais (EDÚ-VALSANIA *et al.*, 2022). Segundo a Organização Mundial de Saúde, o burnout é caracterizado como um quadro que interfere no estado de saúde, definido como uma condição médica pelo Classificação Internacional de Doenças- 11(CID-11) (PARKER & TAVELLA 2021).

A condição psicológica do indivíduo interfere em sua dinâmica corporal; assim a síndrome apresenta fatores desencadeantes e de risco, que abrange duas classes: fatores organizacionais e fatores individuais, sendo o primeiro o principal elemento causador da mesma (EDÚ-VALSANIA *et al.*, 2022). Outro fator relevante são as manifestações clínicas da exaustão laboral que podem resultar em complicações físicas, psicológicas e ocupacionais (SALVAGIONI *et al.*, 2017).

A falta de consenso sobre o diagnóstico da SB e a dificuldade de diferenciar essa síndrome com quadros depressivos, contribui para o aumento de diagnósticos errôneos e dados epidemiológicos subestimados da síndrome (LECLERCQ *et al.*, 2021; GOLONKA *et al.*, 2019). Estudos também demonstraram relações entre a doença e aspectos etários, de gênero, escolaridade, categoria de trabalho e estado civil (CHIRICO, 2016). Medidas preventivas da síndrome envolvem tanto mudanças no hábito de vida do indivíduo quanto do sistema de trabalho em si, e seu tratamento inclui terapia e psicofarmacologia (OROSZ *et al.,* 2021, LISTOPAD *et al*., 2021).

Segundo Golonka e Gulla (2021), as transformações no ambiente laboral são decorrentes da rápida globalização e dos avanços tecnológicos, aumentando consideravelmente o número de afetados pela síndrome. Ademais, o Burnout corrobora para consequências sócio-econômicas, já que leva a baixa produtividade dos funcionários, demissões e aposentadorias num período mais curto de tempo (GOLONKA *et al.*, 2019).

Dessa forma, o desenvolvimento do estudo visa evidenciar os atuais desafios no diagnóstico da Síndrome do Burnout, analisando sua sintomatologia e como a mesma pode comprometer a qualidade de vida dos acometidos.

2. MÉTODO

O presente estudo se trata de uma revisão bibliográfica desenvolvida, entre março e abril de 2022, com auxílio das bases de dados PubMed Central (PMC) via medical literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine), da Scientific Electronic Library Online (SciELO), e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência em Saúde (Lilacs). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados de forma combinada são: esgotamento profissional; síndrome do burnout, impacto da doença na qualidade de vida; trabalho. A coletânea final foi de 15 artigos selecionados com base em critérios de inclusão através da leitura e síntese extraída pela equipe.

Os critérios de inclusão foram artigos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2016 e 2022, que abordam de ângulos variados a temática em questão, disponíveis em forma completa, dentro das tipologias de revisão sistemática, meta-análise e ensaio clínico. Com relação aos critérios de exclusão, se basearam no oposto da procura, ou seja, trabalhos duplicados, superficiais e que não aten-

diam aos critérios de inclusão, relatos de caso, e fora da janela de publicação estabelecida. Após a pré-seleção dos artigos encontrados, realizou-se análise criteriosa dos mesmos em dois passos: leitura dos títulos e logo em seguida, resumo avaliando se tais pesquisas correspondiam ao eixo temático priorizado neste capítulo.

Em seguida, os artigos selecionados foram submetidos à leitura e discussão entre os integrantes e transformados em uma coletânea de informações pertinentes e didáticas do conteúdo desejado. Tais informações são abordadas de forma descritiva através dos pontos: fisiopatologia, fatores de risco, manifestações clínicas, diagnóstico, prevenção e tratamento da SB.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Fatores etiológicos para o desenvolvimento da SB no ambiente de trabalho.

A compreensão de como ocorre a manifestação da SB se faz importante para a identificação de seus fatores de risco, fatores desencadeantes e posteriormente a definição de medidas terapêuticas de prevenção e tratamento (CARLINI *et al*., 2016). O excesso de carga horária ou ambientes laborais inapropriados afetam as condições biopsicossociais do indivíduo, ao longo da exposição aos mesmos. A falta de organização dentro do sistema de trabalho, no que se refere a fatores como carga horária, condições físicas e ambientais, relações profissionais interpessoais e outros; e sua relação com a vida pessoal dos indivíduos ali inseridos, fomentam o desenvolvimento da SB, uma vez que o trabalhador não determina limites entre o trabalho e o autocuidado (OLSON *et al.*, 2021). Estudos demonstram que as relações construídas no ambiente de trabalho, bem com a equipe, a capacidade e estabilidade para liderar e ser liderado, o significado do trabalho para o profissional, a abertura para aprender, simpatia, senso de responsabilidade, o estabelecimento de deveres e direitos e as realizações e frustrações, cursam relação direta com a SB (LISTOPAD *et al.*, 2021).

Observa-se que a expressão da SB pode ser categorizada e explicada em teorias que se baseiam não somente em análise individual, mas também institucional. A primeira munida de características da personalidade, carga emocional e resiliência, enquanto a segunda, é baseada no fundamento estrutural da empresa ou sistema, no corpo de liderança que irá processar. Levando em consideração tais abordagens, é possível verificar diferentes reações e adaptações individuais no enfrentamento aos mesmos gatilhos do ambiente laboral. Cada profissional irá processar de modo diferente ao se expor a múltiplos estressores desencadeantes, como por exemplo carga horária extras, demandas sem estrutura para comportá-las, condições insalubres, muitas pessoas trabalhando em ambientes pequenos, poucas pausas, remuneração desproporcional ao cargo exercido, equipe insuficiente e sobrecarga. Tais fatores justificam o aparecimento da SB em distintas formas em trabalhadores que compartilham do mesmo ambiente (EDÚ-VALSANIA *et al.,* 2022).

A gênese da SB apresenta fatores de riscos modificáveis com raízes no excesso ou na falta de diferentes situações e condições, levando a condições de excesso de trabalho e falta de cuidado com o profissional. A mesma é resultante das próprias ações do indivíduo ou da empresa na qual ele está inserido e sua instauração se vê diretamente atrelada ao desbalanço entre fatores pessoais e institucionais, onde os interesses pessoais acabam se sobrepondo com os profissionais. Em suma, a síndrome tem como principais determinantes o esgotamento mental

e físico em relação ao excesso de trabalho e a falta de satisfação de necessidades individuais, sejam elas física, mental ou sociais (CHIRICO, 2016; CARLINI *et al*., 2016).

Os aspectos particulares do trabalhador também influenciam de forma indireta no desenvolvimento da SB. Tem-se que o esgotamento parcial, emocional ou estrutural será percebido por cada indivíduo dentro das suas particularidades e o mesmo está relacionado com a personalidade, o estilo de vida, o tempo livre fora do ambiente laboral, as relações familiares, e o seu poder aquisitivo. Ademais, os profissionais que trabalham de modo excessivo, sem práticas saudáveis, hábitos alimentares e dieta desbalanceada, sono irregular/insuficiente, o consumo de drogas lícitas ou ilícitas e medicamentos também apresentam maior suscetibilidade a síndrome mesmo que tais fatores não estejam relacionados diretamente com as condições laborais (LISTOPAD *et al.*,2021).

3.2. Fatores fisiopatológicos e manifestação clínica da SB

A SBO manifesta-se como uma resposta ao estresse laboral crônico de instalação progressiva. Caracteriza-se por três aspectos principais, a exaustão emocional, o cinismo ou despersonalização, e a realização pessoal reduzida (ARONSSON *et al.,* 2017; SALVAGIONI *et al*., 2017; CHIRICO, 2016). A exaustão emocional caracteriza-se por sobrecarga emocional e física, decorrente de esforços psicológicos realizados no ambiente de trabalho. A fadiga, o cansaço e a dificuldade de adaptação ao ambiente laboral, são manifestações dessa exaustão. Já a despersonalização ou cinismo, por sua vez, está relacionada à indiferença, distanciamento e despreocupação com o âmbito laboral, seja em relação ao próprio espaço, aos clientes ou relações interpessoais profissionais (CHIRICO, 2016). O indivíduo afetado passa a apresentar ações e comportamentos inadequados, além de irritabilidade e esquiva frente às situações laborais (EDÚ-VALSANIA *et al.*, 2022).

A condição de realização pessoal reduzida, ou até mesmo sensação de ineficácia pessoal, é caracterizada por um sentimento de inadequação e está diretamente relacionada à diminuição da produtividade e aumento de questionamentos em relação às habilidades laborais necessárias para desempenhar determinado papel. Refere-se, portanto, a um sentimento de incompetência diante das atividades de trabalho pré-determinadas (CHIRICO, 2016). Além disso, hospitalizações por doenças cardiovasculares, sintomas como cefaleia em trabalhadores foram relacionados a variáveis como: sofrimento psicológico, tabagismo, saúde física, características de quadros pertinentes ao burnout. Estudos também levantaram o mesmo como fator de risco para fadiga prolongada, problemas gastrointestinais e respiratórios, e também expressivos casos de insônia (SALVAGIONI *et al.*, 2017).

O estado de estresse crônico, predominante na síndrome, sugere uma deterioração na saúde do paciente. Uma das hipóteses mais aceita de sua fisiopatologia indica que existe um esgotamento no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e também no sistema nervoso autônomo, levando a super ativação dos mesmos que resultam em alterações na frequência cardíaca e pressão arterial, e consequentemente a danos metabólicos, imunológicos, inflamatórios, distúrbios do sono e predisposição ao comportamento contra a saúde, como por exemplo tabagismo, sedentarismo e alcoolismo. A cronicidade desta condição também contribui para o desenvolvimento de quadros de obesidade e diabetes (SALVAGIONI *et al.*, 2017).

Os biomarcadores de estresse podem auxiliar na identificação e intensidade do burnout.

O fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), proteína distribuída pelo cérebro, está diretamente envolvido na neurogênese adulta do hipocampo, regulando a plasticidade sináptica. Tal fator apresenta uma diminuição significativa por fatores de estresse crônico e ocupacional. Além disso, a utilização de antidepressivos favorecem a normalização do BDNF em pacientes com transtornos depressivos, resultando também no alívio sintomático para pacientes com a síndrome. Outro biomarcador significativo é a variabilidade da frequência cardíaca (VFC) que, por se tratar de um reflexo da capacidade reguladora neurovegetativa do sistema autônomo através de cálculos da variabilidade dos intervalos entre dois batimentos cardíacos em um ECG, pode refletir processos envolvidos em atividades emocionais, pscossociais e cognitivas (OROSZ *et al.*, 2021).

Sendo descrito por um conjunto de sinais e sintomas relacionados à exaustão, diminuição da eficiência mental e física e estando associado a estressores crônicos, a SBO tem sido enquadrada entre os transtornos depressivos. Embora pacientes com sua forma grave atendam os critérios de uma depressão maior, as duas patologias estão relacionadas em diversos aspectos. A devida avaliação individualizada da doença é necessária, não somente para a identificação do quadro, mas também para uma melhora do mesmo e posterior recuperação do paciente (OROSZ *et al.,* 2021).

3.3. Desafio do diagnóstico da SB e opções terapêuticas

A SBO é diagnosticada em diversos países como uma enfermidade ocupacional. Em contrapartida, a Organização Mundial de Saúde, específica o Burnout como um fenômeno e não uma doença. Fato que explicita a dificuldade de diagnóstico da doença, visto que ainda não há uma classificação da mesma nos principais manuais de doenças, como no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) ou na Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Outrossim, esta enfermidade demanda um diagnóstico criterioso sendo este a pedra angular para o amparo médico eficaz e prognóstico positivo do paciente (CONSIGLIO *et al.*, 2021).

Alguns fatores são importantes para fundamentar o diagnóstico da síndrome como sintomas, sinais e exames laboratoriais condizentes a situações de estresse crônico, além de fatores contextuais do paciente como o tempo de serviço do paciente em questão, fluxo de trabalho, a relação nexo causal, e o tempo de aparição de todos estes fatores observados. Para isso, na grande maioria dos casos, se utilizam questionários auto relatados, como o de Oldenburg (OLBI), Maslach Burnout Inventory (MBI), Serviço Público Federal Belga de Emprego, Trabalho e Diálogo Social (EDTB), Ferramenta de Avaliação de Burnout (BAT) e outros (LECLERQ *et al.,* 2021).

No caso de OLBI há uma lista com 16 itens que classificam a SB sem relação direta com a atuação profissional, mas com foco em demandas/recursos do trabalho, com oito disposições sobre a exaustão e outras oito sobre desengajamento. Um exemplo do primeiro é o esgotamento após o trabalho e do segundo item a fala negativa sobre o mesmo. O EDTB agrega 3 páginas de questionamentos, avaliando as lamentações relatadas, sintomas físicos, cognitivos, afetivos e comportamentais da síndrome em questão, aspectos gerais relacionados à enfermidade, características sociodemográficas, diagnóstico diferencial e outros aspectos. Os dois questionários não somente têm legitimidade como também são amplamente utilizados na clínica (OLSON *et al.,* 2021; SCHAUFELI *et al.*, 2020).

Já o BAT se baseia em quatro dimensões principais: exaustão, distância mental, compro-

metimento emocional e cognitivo prejudicado; e outras três dimensões secundárias: humor deprimido, sofrimento psicológico e queixas psicossomáticas. Sendo o próprio paciente o responsável por responder e avaliar o quanto esses itens afetam sua vida. O questionário padrão ouro para o diagnóstico de Burnout, é o Maslach Burnout Inventory (MBI). O MBI abrange três principais questões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal reduzida. Porém, investigações atuais apontam falhas na aplicabilidade do mesmo baseadas na desconsideração do mau funcionamento cognitivo, déficits e também sintomas de angústia, irritabilidade, problemas de sono e dores de cabeça como parâmetros de análise. Tais questões levam à associação da SBO com queixas neurastênicas e consequentemente como um tipo de neurastenia com relação ocupacional (SCHAUFELI *et al*., 2020; LECLERQ *et al.*, 2021).

Diante disso, se torna claro as disparidades em relação ao diagnóstico e da própria definição da síndrome, evidenciando a necessidade de definir e delimitar ferramentas e critérios de avaliação para os devidos graus de Burnout, já que as terapias e tratamento são fundamentadas no diagnóstico e influenciam diretamente no prognóstico do paciente. É de extrema importância a utilização de Medidas de Resultados pelo Paciente (PROMs) corroborando com a avaliação médica. Esta avaliação deve considerar o paciente como um todo, e os questionários atualmente utilizados devem ser aplicados para complementar o diagnóstico e possibilitar uma ação terapêutica certeira (SHOMAN *et al.*, 2020).

3.4. Prevenção e tratamento

O envolvimento de várias áreas da saúde tem sido peça fundamental para prevenção e tratamento da síndrome, buscando desenvolver o melhor plano de ação ao paciente de maneira integrativa, através da atuação de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e conselheiros de prevenção psicossocial. A mudança para um estilo de vida saudável é imprescindível, e pode ser realizado por meio de exercícios físicos, a implantação de alimentação adequada e o sono reparador (LECLERCQ *et al.*, 2021; LISTOPAD *et al.*, 2021).

Profissionais que praticam atividade física leve ou moderada são menos propensos a desenvolver a síndrome de forma grave. Tais hábitos também contribuem com o controle e o tratamento da patologia, uma vez que levam a uma diminuição dos níveis de estresse considerável em relação aos profissionais que possuem um estilo de vida sedentário. Adeptos a alimentação saudável, com alimentos ricos em magnésio, vitamina C, vitamina B, também possuem um nível de estresse mais baixo em relação aos que adotam tais hábitos alimentícios. A alimentação adequada também pode contribuir para promover um suporte à estabilização do organismo frente à síndrome. Não só o fator nutricional de uma dieta balanceada e rica em vitaminas está vinculado à diminuição do estresse, mas também o fator psicológico da percepção do indivíduo em apreciar um alimento saudável também pode contribuir para a redução dos níveis de estresse (LISTOPAD *et al.*, 2021).

O tratamento medicamentoso através de antidepressivos vem sendo aplicado por muito tempo para o tratamento da SB e apresenta resultados na redução sintomática e regulação dos danos causados pelo estresse crônico ao desempenho do cérebro. A utilização de outras vias terapêuticas focadas nas habilidades de gerenciamento do estresse e melhora das habilidades de enfrentamento, tem ganhado espaço no âmbito médico. Em tais vias é importante

ressaltar a importância da individualidade de cada paciente apesar da possível similaridade fisiopatológica, tanto no momento do diagnóstico, quanto para o plano de tratamento (LISTOPAD *et al.*, 2021).

4. CONCLUSÃO

O desafio na compreensão diagnóstica da SB se faz evidente, principalmente em relação a seu vínculo direto com condições de estresse crônico e também na distinção de quadro depressivos que não possuem exclusivamente o fator ocupacional laboral. Portanto, constata-se que os aspectos psicossociais ocupacionais, como por exemplo a dinâmica e a pressão laboral, e também as condições físicas de trabalho, além da predisposição de cada indivíduo, contribuem para alterações bioquímicas corporais específicas, que em situações resultam na SBO. A identificação da mesma é imprescindível, assim como, a sua prevenção e caso necessário tratamento, a fim de evitar o prejuízo fisiológico ou psíquico dos indivíduos. Para tal, em pesquisas futuras é importante direcionar investigações que possibilitem a melhores compreensões não só da relação entre dinâmica laboral e o desenvolvimento fisiopa-tológico da SBO, mas também em sua definição como patologia, em prol de proporcionar opções preventivas e diagnósticas, fornecendo ação conjunta entre empregadores e profissionais de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARONSSON, Gunnar *et al.* A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. BMC public health, v. 17, n. 1, p. 1-13, 2017.

CARLINI, L. *et al*. Analisi e valutazione medico-legale della sindrome da burnout nell'ambito delle helping profession e della tutela INAIL per i casi di malattia e suicidio. Rivista di Psichiatria, v. 51, p. 87-95, 2016.

CONSIGLIO, C., *et al.* Psychometric Properties of the Italian Version of the Burnout Assessment Tool (BAT). International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 18, n. 18, p. 9469, 2021.

CHIRICO, F. Job stress models for predicting burnout syndrome: a review. Annali dell'Istituto superiore di sanita, v. 52, p. 443-456, 2016.

EDÚ-VALSANIA, S. *et al.* Burnout: A review of theory and measurement. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, p. 1780, 2022.

GOLONKA, K. & GULLA, B. Individual Differences and Susceptibility to Burnout Syndrome: Sensory Processing Sensitivity and Its Relation to Exhaustion and Disengagement. Frontiers in psychology, v. 12, p.1-15, 2021.

GOLONKA, K. *et al.* Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. International journal of occupational medicine and environmental health, v. 19, p. 229-244, 2019.

LECLERCQ, C. *et al.* Interest of a joint use of two diagnostic tools of burnout: Comparison between the Oldenburg burnout inventory and the early detection tool of burnout completed by physicians. International journal of environmental research and public health, v. 18, p. 10544, 2021.

LISTOPAD, I.W. *et al*. Bio-Psycho-Socio-Spirito-Cultural Factors of Burnout: A Systematic Narrative Review of the Literature. Frontiers in psychology, v. 12, p.722862 2021.

OLSON, A.P.J. *et al.* Measuring and improving diagnostic safety in primary care: Addressing the "Twin" pandemics of diagnostic error and clinician burnout. Journal of general internal medicine, v. 36, p. 1404-1406, 2021.

OROSZ, A. *et al.* Exploring the effectiveness of a specialized therapy programme for burnout using subjective report and biomarkers of stress. Clinical psychology & psychotherapy, v. 28, p. 852-861, 2021.

PARKER, G. & TAVELLA, G. Distinguishing burnout from clinical depression: a theoretical differentiation template. Journal of Affective Disorders, v. 281, p. 168-173, 2021.

SALVAGIONI, D.A.J *et al*. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. PloS one, v. 12, p. e0185781, 2017.

SCHAUFELI, W.B. *et al.* Burnout Assessment Tool (BAT)—development, validity, and reliability. International journal of environmental research and public health, v. 17, p. 9495, 2020.

SHOMAN, Y. *et al.* Psychometric properties of burnout measures: A systematic review. Epidemiology and psychiatric sciences, v. 30, 2021.

CAPÍTULO 35

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

LAYS DAYANE PARLANDRINO RODRIGUES[1]
JÉSSICA CRISTINE DA SILVA GARCIA[2]
VITÓRIA SCARIOT[3]
BALTAZAR CÉSAR MIRANDA MATOS[1]
ANNA BEATRIZ DE ALMEIDA ARAÚJO[4]
LUIZA NUNES VELOSO[5]
GÉSSICA CAMPOS PAIVA[6]
DENISE MOTTA MACIEIRA DRUMOND[7]
MARIA ANGÉLICA OTERO DE MELO DOS REIS[1]
THAIZ GEOVANA BEZERRA[8]

1. Discente - Medicina da Universidad Nacional de Rosario
2. Discente – Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso
3. Discente – Medicina da Faculdade Meridional – IMED
4. Discente – Medicina da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança
5. Discente – Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
6. Discente – Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos
7. Discente – Medicina da Universidade Federal dos Vales de Jequitinhonha e Mucuri
8. Discente – Medicina da Universidade do Oeste Paulista

Palavras-chave: *Depressão; Neurobiologia; Sinais e sintomas; Diagnóstico.*

1. INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença multidimensional e heterogênea que se manifesta pela interação entre fatores biopsicossociais, comportamentais e genéticos de cada indivíduo, caracterizando se por alterações distintas no afeto, na cognição e nas funções neurovegetais (PITSILLOU *et al.*, 2020). Sendo uma das principais causas de incapacidade e o mais comum transtorno psiquiátrico da atualidade, afetando cerca de 300 milhões de pessoas, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (KRAUS *et al*., 2019).

Os reais mecanismos fisiopatológicos do transtorno continuam em estudo e apesar da evolução na compreensão dos mesmos, ainda não existe uma teoria exata que explica integralmente sua patogênese neurobiológica e tampouco biomarcadores biológicos confiáveis para seu diagnóstico. As atuais hipóteses aceitas e em estudo são: Monoaminérgica; Eixo Hipotálamo-Hipófise-Suprarrenal e estresse; Vias de sinalização do Glutamato e Ácido gama-aminobutírico (GABA); Neurotrofinas, neurogênese e neuroplasticidade; Inflamação; Eixo Microbiota-Intestinal-Cérebro e estudos genéticos (PITSILLOU *et al.*, 2020 LI *et al.*, 2021; BOAS *et al.*, 2019; AVERINA *et al.*, 2020).

Diante das informações mencionadas, o presente estudo tem como objetivo discutir a neurobiologia da depressão através de uma análise das diferentes hipóteses da sua manifestação já aceitas e das que se encontram atualmente em estudo, buscando explicitar a relação entre tais mecanismos, sua sintomatologia e o tratamento ideal correspondente.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa realizada no período de março a abril de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed via Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Neurobiologia (Neurobiology), Depressão (Depresion), Sinais e Sintomas (Signs and Symptoms) e Diagnóstico (Diagnosis).

Os critérios de inclusão foram os artigos nos idiomas espanhol e inglês; publicados no período de 2013 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão sistemática, ensaio clínico randomizado e 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 15 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas e tratamento da depressão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM-5) descreve o TDM como: alterações no afeto, cognição e funções neurovegetativas com episódios de, pelo menos, 2 semanas. Diante disso, devem estar presentes cinco ou mais sintomas durante o mesmo episódio, com pelo menos um dos

sintomas sendo humor deprimido ou anedonia, os quais também são chamados de sintomas depressivos maiores (GRIEVE, *et al.*, 2013). A maioria dos casos de suicídio está diretamente relacionados à presença do transtorno depressivo maior (TDM). Entretanto, mesmo com tal importância, o TDM ainda é subdiagnosticado e subtratado (KRAUS *et al.*, 2019). Os dados demonstram que mais de 300 milhões de pessoas sofrem com a depressão atualmente. Com isso, ela é considerada a maior causa de incapacidade no mundo (MAJD *et al.*, 2020). Nos países desenvolvidos a cada cinco indivíduos, um apresenta algum transtorno depressivo, e este número é ainda maior nos países de terceiro mundo (AVERINA *et al.*, 2020). De acordo com Pérez-Esparza (2017), o transtorno está entre as principais etiologias que acarretam anos de deficiência, com associação ou não a outras doenças. Além disso, o custo médico para o tratamento da depressão, tem relação direta com a resistência ao tratamento e pode chegar a ser 40% maior, por consequência, onerando significativamente o sistema de saúde local (RUNIA *et al.,* 2022).

3.1. Mecanismos neurobiológicos

Para elucidar as bases neurobiológicas da depressão, os aspectos neuroquímicos cerebrais foram os primeiros investigados pelos pesquisadores. A teoria monoaminérgica supõe que a depleção de neurotransmissores entre as sinapses neuronais é a encarregada de alterações no humor. Esta teoria surgiu de um achado farmacológico fortuito durante a investigação com anti-hipertensivos na década de 1950, onde tal droga causou o esgotamento de monoaminas e, em consequência, sintomas depressivos em pacientes que não sofriam da doença antes do ensaio (BOAS *et al.*, 2019; PITSILLOU *et al.*, 2020). Atualmente, vários dos agentes de ação antidepressiva atuam no sistema de monoaminas, através de inibidores de recaptação de serotonina (5-HT) e norepinefrina. Ainda que estes antidepressivos sejam considerados de primeira linha, mais de um terço dos pacientes não respondem de forma satisfatória ao tratamento (LI *et al*., 2021; PITSILLOU *et al.*, 2020). Outrossim, estudos com os metabólitos da norepinefrina e 5-HT nos principais compartimentos e líquidos corporais (plasma, líquido cefalorraquídeo e urina) e também estudos cerebrais post-mortem de pacientes deprimidos não apresentaram atenuação destes neurotransmissores (BOAS *et al.*, 2019). Assim sendo, um desbalanço nos mecanismos envolvidos na ação de tais neurotransmissores é inepto para esclarecer a patogênese da doença em sua totalidade e explicita a necessidade de condução de novas investigações sobre a mesma.

O eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal (HPA) é uma notável via de sinalização neuroendócrina que intermedia a resposta a diversos estímulos, entre eles o estresse. O estresse pode ser considerado uma condição contributiva para o TDM, e se caracteriza como uma resposta a um evento ou experiência que ameaça a homeostase do indivíduo (BOAS *et al*., 2019; LI *et al*., 2021). O mesmo está associado ao aumento da secreção de vários hormônios como glicocorticóides, catecola-minas, hormônios de crescimento, prolactina e outros. Estes hormônios e seus respectivos mediadores celulares levam a respostas adaptativas quando ativados e bloqueados de forma normal e eficiente, porém podem também promover processos patológicos quando alterados. O estresse crônico ou a longo prazo pode levar a alteração do eixo HPA e em consequência, a um aumento da secreção de cortisol, somado a inibição insuficiente do feedback regulatório do eixo. Estudos recentes demonstram que estas alterações estão associadas à depressão e ao comprometimento

cognitivo (LI *et al.*, 2021). Para mais, em situações de ativação do eixo por extensos períodos, os níveis de secreção de glicocorticóides se apresentam cronicamente elevados e resultam em variações cerebrais que podem levar à depressão. Está bem estabelecido que níveis elevados de cortisol se relacionam com a gravidade da doença e, altas concentrações de hidroxicorticosteróides, um produto da degradação do cortisol, estão associados a pacientes depressivos com tendências suicidas. Outrossim, estudos revelam que pacientes com TDM cujo funcionamento do eixo HPA não foi normalizado após tratamento apresentam pior prognóstico clínico (BOAS *et al.*, 2019; LI *et al.*,2021; PITSILLOU *et al.*, 2020). Em contrapartida a todas informações mencionadas anteriormente, investigações e estudos anteriores mostraram que protocolos de tratamento direcionados ao restabelecimento e regulação do eixo HPA não atenuam a sintomatologia de pacientes depressivos.

O glutamato e o ácido gamma-aminobutírico (GABA), são neurotransmissores excitatórios e inibitórios, respectivamente, e vêm sendo cada vez mais envolvidos na fisiopatologia do TDM. A influência de tais neurotransmissores e seus receptores na patogênese da doença é complexa e diversos estudos demonstraram que suas concentrações se encontram alteradas em pelo menos um terço dos pacientes diagnosticados com o transtorno (PITSILLOU *et al.*, 2020; BOAS *et al.*, 2019; AVERINA *et al.*, 2020; JACOBSON *et al.*, 2018).

A atribuição do glutamato é central para a hipótese de neuroplasticidade da depressão. O mesmo é o principal neurotransmissor excitatório do sistema nervoso central e está envolvido não só na plasticidade sináptica, mas também nos processos cognitivos, emocionais e mecanismos de recompensa cerebrais (AVERINA *et al.*, 2020). Evidências coletadas indicam alterações dos receptores cerebrais glutamatérgicos N-metil-D-aspartato (NMDARs) em pacientes deprimidos e também explicitam a ação antidepressiva alcançada através do bloqueio dos mesmos (LI *et al.*, 2019). Ademais, os antagonistas de NMDAR, como por exemplo a cetamina, apresentam efeitos antidepressivos intensos e rápidos em modelos animais e também na sintomatologia central do transtorno. Igualmente a citidina demonstrou eficácia terapêutica diretamente atribuída à sua capacidade de diminuir os níveis de glutamato cerebrais (AVERINA *et al.*, 2020).

O GABA é o principal neurotransmissor inibitório cerebral e capaz de produzir um efeito inibitório rápido através de seus receptores GABAa ionotrópicos e respostas inibitórias lentas através dos seus receptores GABAb metabotrópicos. Estudos expõem indícios sólidos que os receptores GABAb estão diretamente envolvidos na depressão. As investigações e trabalho pioneiro dos neurofamacologistas Andzej Pil, Richard Green e Sam Enna, apresentaram evidências iniciais desta relação com modelos animais e aplicação de tratamentos antidepressivos que atuam sobre tais receptores (JACOBSON *et al.,* 2018). A redução de receptores GABAb está associada à sintomatologia depressiva e a ausência de receptores GABA, tanto GABAa como GABAb, provou ter ações favoráveis. Aceita-se que a influência de tais receptores na patologia está vinculada ao seu papel na via serotoninérgica (AVERINA *et al.,* 2020).

A hipótese neurotrófica postula que um possível desbalanceamento ou déficit de suporte neurotrófico cerebral pode resultar em atrofia neuronal, diminuição da neurogênese e também à destruição do suporte glial cerebral (LI *et al.*, 2021). Estudos de neuroimagem em pacientes diagnosticados com o transtorno re-

velam alterações estruturais seletivas em regiões límbicas e não límbicas, como por exemplo no córtex pré-frontal e cingulado. Evidencia-se nestas áreas que o metabolismo e o volume celular se encontram significativamente reduzidos e que a atrofia hipocampal se acentua com a progressão da doença (BOAS *et al*., 2019). As neurotrofinas são glicoproteínas importantes para a sobrevivência, crescimento, diferenciação e plasticidade das células neuronais, em especial o neuropeptídeo BDNF na região cerebral. Tal neuropeptídeo é sintetizado como um precursor denominado ProBDNF e em seguida clivado em vários estágios até chegar a sua forma madura. Nota-se que ambas formas do neuropeptídeo atuam sobre receptores diferentes, e estão envolvidos em várias vias de sinalização tendo como resultados frequentemente opostos. Estudos sugerem que o equilíbrio entre as duas formas desta substância se encontra alterado no TDM e que estas alterações podem ser diferentes também entre regiões corticais e subcorticais. Porém vários estudos apresentam resultados relativamente conflitantes em relação às consequências de tais alterações evidenciando a necessidade de maiores investigações sobre a relação entre as neurotrofinas e a doença (PITSILLOU *et al*., 2020; LI *et al.*, 2021).

Já a hipótese da neuroinflamação sugere interações diretas entre as vias inflamatórias, circuitos neuronais e neurotransmissores, com o processo fisiopatológico da doença (PITSILLOU *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2021; MAJD *et al.*, 2020). Evidencia-se que pacientes diagnosticados com TDM apresentam aumentados os marcadores da inflamação como a interleucina 1β (IL-1β), interleucina - 6 (IL-6), factor de necrose tumoral α (TNF-α) e a proteína C reativa (CRP) (MAJD *et al*., 2020). Existe uma complexa interação entre os sistemas imunológicos central e periférico, e diversas vias de inflamação periférica podem sinalizar o cérebro, como por exemplo o nervo vago, regiões com possíveis alterações na barreira hematoencefálica e os sistemas de transporte de citocinas. Através destas vias, as citocinas periféricas podem gerar alterações na síntese central e a recaptação de neurotransmissores de monoamina, incluindo dopamina, serotonina e norepinefrina (PITSILLOU *et al.,* 2020; LI *et al*., 2021; MAJD *et al.,* 2020).

A homeostase dos mecanismos pró e anti-inflamatórios no sistema nervoso central é regulada principalmente pela ação da micróglia e os astrócitos. A ativação destas células é atribuída principalmente à ação do TNF-α e IL-1β. Tais substâncias também são capazes de estimular monócitos e macrófagos periféricos. Os astrócitos influenciam diretamente na homeostase do glutamato e pequenas alterações em seus níveis podem afetar adversamente a neuroplasticidade sináptica de neurônios com receptores NMDA e AMPA (BOAS *et al.*, 2019; PITSILLOU *et al*., 2020; MAJD *et al.,* 2020). A micróglia influencia na plasticidade neuronal e quando ativada promove também a inflamação através da produção excessiva de fatores pró-inflamatórios e citocinas diretamente no sistema nervoso central. No entanto, existem duas populações distintas destas células com ações opostas, sendo as micróglias M1 responsáveis pela produção dos fatores pró-inflamatórios e a micróglia M2 com ação virtualmente oposta de produção de citocinas anti-inflamatórias. Um desequilíbrio entre as duas populações de células também pode favorecer não somente o processo neuroinflamatório, mas também influenciar diretamente na fisiopatologia da doença. Já os monócitos atuam no processo inflamatório através da secreção de citocinas pró-inflamatórias também influenciando diretamente nos neurônios, astrocitos e micróglia, levando a retração de den-

dritos e um expressivo comprometimento da neurogênese, especialmente no hipocampo (PITSILLOU *et al.*, 2020; MAJD *et al.*, 2020). Tais informações reforçam a ideia de que a inflamação pode contribuir diretamente para o desenvolvimento e posterior progressão do TDM através da alteração química cerebral.

O eixo-microbiota-intestinal-cérebro tem ganhado mais atenção atualmente devido a sua capacidade de influenciar e possivelmente regular a atividade cerebral. O mecanismo potencial pode ser que a microbiota intestinal poderia interagir diretamente com o cérebro através de diversas vias ou sistemas, entre eles o eixo HPA e os sistemas neuroendócrino e neuroimune. A microbiota intestinal é considerada como um órgão virtual que desempenha diversas funções fundamentais para a manutenção homeostática do organismo. Estudos recentes relatam que alterações na microbiota intestinal podem afetar não só os níveis de neurotransmissores cerebrais e intestinais, incluindo serotonina, dopamina, noradrenalina e glutamato, mas também podem prejudicar a barreira e consequentemente absorção intestinal promovendo níveis mais altos de citocinas inflamatórias e periféricas (PITSILLOU *et al.*, 2020, AVERINA *et al.*, 2020). Estudos sobre a microbiota intestinal e depressão evidenciam diferenças significativas entre a microbiota de pacientes diagnosticados e controles saudáveis. A característica da microbiota típica em pacientes depressivos é o marcado declínio na riqueza diversidade. O papel destas bactérias simbiontes intestinais demonstra sua influência em uma ampla gama de aspectos comportamentais incluindo comportamentos sociais, humor e ansiedade. Alguns dos mecanismos que mediam os efeitos da microbiota intestinal no cérebro são a ativação do nervo vago, a ativação do sistema imunológico, produção de metabólitos e compostos de propriedades predominantemente neuroativas. Os produtos do metabolismo e ações bacterianas participam na estimulação de receptores centrais e periféricos, endócrinos e imunológicos que estão diretamente implicados na depressão. A despeito do conhecimento da participação da microbiota intestinal na comunicação bidirecional intestino-cérebro, o seu verdadeiro papel na manifestação e desenvolvimento de distúrbios neuropsiquiátricos ainda é muito recente e vem ganhando popularidade, fato que se expressa na ampla quantidade de estudos em andamento e também publicações (AVERINA *et al.*, 2020). Espera-se que em breve a real compreensão de tal relação possa acercar a compreensão da sua real influência na neurobiologia do TDM.

Estudos sobre a herdabilidade e identificação de genes confiáveis para a manifestação da doença têm sido desafiadores. A depressão apresenta uma taxa relativamente inexpressiva de herdabilidade de 37%, e mesmo com os avanços na identificação de genes individuais predisponentes, o impacto dos mesmos sobre sua manifestação se mostra pouco abrangente. Investigações recentes demonstram fortes indicações sobre a influência e ação de mecanismos epigenéticos como causas potenciais da baixa herdabilidade do transtorno, demonstrando que fatores ambientais podem interferir não só na tradução da informação genética, mas também na ativação de genes específicos. Tais fatores podem levar a alteração da expressão gênica cerebral resultando em uma plasticidade anormal em áreas especialmente envolvidas com a doença (LI e*t al.*, 2019). Além disso, os mesmos somados à progressão da doença podem contribuir para a deficiência da resiliência celular levando a reduções volumétricas e também a morte ou atrofia (BOAS *et al.,* 2019). Estas alterações celulares levam a uma desregulação da autofagia que pode manifestar-se pela alteração das vias dependente de alvo meca-

nístico de rapamicina (mTOR) e Beclin-1. Este desequilíbrio autofágico pode gerar um bloqueio celular durante não só o crescimento celular, mas também na plasticidade sináptica, fatores que podem contribuir diretamente para a manifestação da doença neurodegenerativas e transtornos neurológicos (JIA *et al.*, 2015).

3.2. Diagnóstico

A sintomatologia desta doença, sugere a participação de diferentes áreas cerebrais, valendo destacar a disfunção do córtex pré-frontal dorsolateral (PFC) que leva a alterações de funções cognitivas como raciocínio e planejamento; e das áreas orbito frontal e medial do CPF as quais participam da regulação emocional. Dentro da psiquiatria, os diagnósticos são feitos a partir da avaliação clínica dos sintomas relatados pelo paciente e são interpretados e categorizados pelo médico a partir dos critérios definidos pelos manuais de diagnóstico (SLANEY *et al*., 2018). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-V), existem oito subtipos de transtornos depressivos nos quais se evidencia a presença de humor triste, vazio ou irritável, além de alterações fisiológicas e cognitivas. Ademais, ressalta-se que os sintomas acarretam prejuízos às atividades diárias do indivíduo e que os transtornos se diferenciam pelo tempo de duração e pela etiologia dos sinais e sintomas. Entretanto, esse método avaliativo é impreciso, tendo em vista seu caráter subjetivo, tornando-se necessário a identificação de biomarcadores para aumentar a assertividade da classificação diagnóstica da doença (HERNÁNDEZ *et al.,* 2016; SLANEY *et al.,* 2018).

Muitos estudos têm se fundamentado nas hipóteses neurobiológicas dos transtornos depressivos a fim de encontrar biomarcadores que validem empiricamente o diagnóstico. De acordo com Slaney *et al*. (2018), o biomarcador ideal deve possuir alta sensibilidade e especificidade, além de ser facilmente encontrado em amostras de sangue.

O uso de marcadores comportamentais nos transtornos depressivos, fundamenta-se na hipótese de que testes objetivos poderiam medir a intensidade com que o estado de humor afeta o comportamento e as decisões dos indivíduos. Testes aplicados em modelo animal, como o judgement bias task (JBT - do inglês, tarefa de viés de julgamento) e o affective bias test (ABT - do inglês, tarefa de viés afetivo), mostraram-se eficazes em prever o risco de desenvolver depressão. Tais testes podem ser ferramentas clínicas pragmáticas para possibilitar a categorização da doença e diferenciar transtornos de humor, como o transtorno depressivo e o transtorno ansioso (SLANEY *et al.,* 2018).

Existe uma possível correlação entre os sintomas depressivos e citocinas inflamatórias (MAJD *et al.,* 2020). A possível interação entre tais citocinas do sistema sanguíneo periférico e do sistema nervoso central, principalmente TNF-a, IL-1b e IL-6 podem ser gatilhos para diversos sintomas do transtorno. Outro possível biomarcador molecular seriam os MicroRNAs (miRNAs). Essas moléculas são produzidas no sistema nervoso central e foram encontradas desreguladas na corrente sanguínea de pacientes depressivos. Tais estruturas moleculares têm como função ser sintonizadores finos endógenos e interruptores liga-desliga de expressão gênica e existe a possibilidade que os mesmos estejam diretamente envolvidos na patogênese de distúrbios neuropsiquiátricos. Avalia-se o uso de tais biomarcadores para o diagnóstico laboratorial não invasivo dos transtornos depressivos, porém ainda se faz necessário alcançar uma melhor compreensão de como os diferentes miRNAs podem estar alterados e quais as combinações e concen-trações das

citocinas mencionadas podem ser efetivas preditoras da doença (LOPEZ *et al.,* 2018).

Outrossim, muitos estudos têm investigado as diferenças estruturais e funcionais entre os exames de imagem neurológica de pacientes com depressão e pacientes não depressivos em prol de identificar possíveis marcadores diagnósticos (GRIEVE *et al.,* 2013). As principais técnicas descritas foram a Ressonância Magnética (RM), a Imagem por Tensor de Difusão (DTI) e a Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons (PET-TC) (GRIEVE *et al*., 2013; HERNÁNDEZ *et al.*, 2016; LI *et al.*, 2021). Na RM, encontrou-se diminuição da substância cinzenta no lobo frontal, giro cingulado anterior, hipocampo, putamen, tálamo e amígdala de pacientes já diagnosticados com a doença (HERNÁNDEZ *et al*., 2016). Já o PET-TC demonstrou áreas de hipermetabolismo no córtex frontal e na amígdala, e a hiperativação dessas áreas parece ser condizente com a sintomatologia depressiva, além de não ser vista em outros transtornos psiquiátricos (GRIEVE *et al.*, 2013; HERNÁNDEZ *et al.*, 2016). Por fim, o DTI demonstrou menor anisotropia fracionada em tratos da substância branca associados aos circuitos pré-frontal, límbico e talâmico, de pacientes com transtorno, evidenciando disfunção nos circuitos de substância branca que conectam o cérebro (GRIEVE *et al.*, 2013). Evidenciando-se assim que os exames de neuroimagem podem ser um recurso não somente para o diagnóstico, assim como para o acompanhamento da evolução e do tratamento de pacientes depressivos.

É evidente que não há um exame diagnóstico patognomônico para o Transtorno Depressivo, tendo em vista sua natureza heterogênea e ainda relativamente desconhecida fisiopatologia. Somado a isso, os métodos que utilizam um único biomarcador são pouco específicos e sensíveis para serem utilizados de maneira isolada, tornando-se necessário determinar um critério que una os dados supracitados, possivelmente integrando variáveis biológicas e ferramentas clínicas a fim de aprimorar a investigação diagnóstica da doença (LI *et al.*, 2021).

3.3. Tratamento

A escolha terapêutica inicial para o tratamento da depressão se dá com os antidepressivos, mas uma boa parcela dos tratamentos não é eficaz, pois cerca de 30% dos pacientes não é responsivo (HERNÁNDEZ e*t al.,* 2016) Não obstante, cabe ressaltar que os antidepressivos atuam com o desfecho no ajuste da serotonina (5-HT), dopamina (DA), norepinefrina (NA). Sua atividade baseia-se em ampliar a liberação de neurotransmissores na fenda sináptica, proporcionando pôr fim a sinaptogênese. Os benefícios terapêuticos têm início entre 2 a 4 semanas, porém podem se manifestar anteriormente a isso, por efeito da ampliação dos neurotransmissores envolvidos. Ademais, a efetividade dos antidepressivos geralmente é análoga, porém a mirtazapina, sertralina, venlafaxina e o escitalopram tem um tênue destaque de eficácia, comprovado em alguns estudos (PÉREZ-ESPARZA, 2017). Os antidepressivos atualmente, são um dos medicamentos mais usados na prática médica, embora demonstram uma eficácia apenas de 40% nos pacientes. Esta baixa eficácia se deve ao fato que os protocolos terapêuticos ainda desconsideram as características individuais e também a marcada heterogeneidade da doença, levando a uma má adesão ao tratamento por partes dos pacientes acometidos e episódios recidivos em grande parte dos mesmos (LOPEZ *et al.,* 2018).

A expectativa remissiva de pacientes com o uso de medicamentos reduz quanto maior o número de tratamentos antepositivos. Desta for-

ma, considera-se que o indivíduo que não obtém sucesso no tratamento após mais de uma investida, como aquele que apresenta uma forma de depressão resistente ao tratamento. Neste viés, questiona-se a importância de considerar-se as particularidades neurobiológicas da patologia em prol de avaliar tal resistência ao tratamento. Esta análise é viável e possível através do delineamento das características cerebrais do paciente, prévias ao tratamento. Destarte, evidenciou-se quais as zonas envolvidas na fisiopatologia da depressão que se apresentam atreladas a resistência ao tratamento, são: o córtex pré-frontal, córtex cingulado anterior, hipocampo, amígdala, ínsula, rede de saliência e rede de modo padrão (RUNIA *et al*., 2022).

É importante salientar que, para um tratamento efetivo de tal patologia, deve-se abordar também seus mecanismos causais subjacentes, incluindo também, as interações complexas entre os fatores biológicos, psicossociais, comportamentais e culturais da vida do indivíduo. Estudos comprovam que o processamento de informações e a regulação das emoções apresentam-se alterados em pacientes diagnosticados onde seu sistema córtico límbico se mostra desregulado. O sistema límbico está relacionado com o lado emocional, apresentando uma interligação com as redes cognitivas do cérebro (PITSILLOU, *et al.,* 2020).

No que concerne a tratamentos alternativos, as atuais evidências denotam que medicamentos excipientes em glutamatérgicos atuam de forma competente nos transtornos do humor, o que deu início a um novo rastreio pela elaboração mais eficiente (KRAUS *et al*., 2019). Existem ainda, resultados positivos com uso de anfetaminas agudas (SLANEY *et al*., 2018). Recentemente foram desenvolvidos também protocolos terapêuticos baseados nos sistemas glutamatérgico, GABAérgico, opioidérgico e inflamatório. A Cetamina e seus agentes semelhantes, como a Esketamina, têm se mostrado importantes fármacos para abordagens terapêuticas eficazes para tal transtorno. Segundo estudos clínicos, a associação da Esketamina com um antidepressivo oral, resultou em uma melhora de ao redor de 50% dos pacientes, com 24h após seu uso, e sendo mantida por até 28 dias depois para aqueles indivíduos que receberam essa combinação de fármacos. Os efeitos adversos mais comuns a esse tratamento combinado foram gosto metálico na boca, tontura (75%) e dor de cabeça (36%). Os sintomas dissociativos, eram aparentes após a dosagem intranasal, atingindo seu máximo em 30 a 40 minutos após a dose. No entanto, eles foram resolvidos 2 horas após a sua administração, resultando em maiores benefícios do que malefícios (RAGGUETT *et al.,* 2019). Estudos recentes apresentam evidências de que pacientes sob protocolos de depleção de triptofano, apresentam um aumento das amígdalas que precede a recaída da sintomatologia depressiva (HERNÁNDEZ *et al.*, 2016).

Já os parâmetros logrados através de ressonância magnética dos perímetros cerebrais têm grande competência como biomarcadores em enfermidades psiquiátricas, particularmente as erudições sobre imagens do iSPOT-D, demanda viabilizar indícios de alto padrão a respeito de quais singularidades cerebrais comandam a resposta aos antidepressivos e desfechos plurais já mostram os indicativos de dessajuste no estímulo e na associação no circuito pré-frontal-límbico na (GRIEVE *et al*., 2013).

Existem ainda estudos com foco na análise dos microRNAs (miRNAs) em transtornos disfunções psiquiátricas em que foram identificados desequilíbrios em 14 miRNAs presentes em células mononucleares de pacientes deprimidos, quando confrontados com os de pacientes

psiquiátricos com controle efetivo e adequado. Contudo, apesar desses avanços, ainda é necessário aludir a outras teses, sobre a sensibilidade e especificidade dos miRNAs, e sua prestabilidade para uma conjectura de tratamento (LOPEZ *et al*., 2018). Além disso o tratamento eletroconvulsivo, estimulação do nervo vago, estimulação cerebral profunda ou estimulação magnética transcraniana, se enquadram nas outras terapêuticas possíveis (HERNÁNDEZ *et al*., 2016).

4. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu elucidar que os mecanismos neurobiológicos do transtorno depressivo maior apresentam relação direta, não somente no grau de severidade de manifestação de tal patologia e sua sintomatologia, mas também com a adesão, efetividade e sucesso dos tratamentos atualmente utilizados. A expressiva heterogeneidade da própria doença e também de sua manifestação em diferentes indivíduos dificulta a real compreensão dos seus mecanismos fisiopatológicos e indiretamente compromete a determinação de protocolos terapêuticos efetivos, levando a quadros de resistência ao tratamento e também a condições recidivas da doença. Estudos atuais vêm trilhando caminhos promissores na determinação de biomarcadores diagnósticos do transtorno através de investigações da sua neurobiologia, como por exemplo, no surgimento das recentes hipóteses do eixo microbiota-intestino-cérebro e também da análise da possível influência direta de fatores genéticos e epigenéticos. Porém é evidente que ainda há um longo caminho a percorrer-se para o real entendimento de como a depressão, cada vez mais agressiva e abrangente a nível mundial, altera o funcionamento neuropsicológico humano. Partindo de tal pressuposto se faz necessário que os esforços em prol de tais conhecimentos não percam força e sigam incansavelmente buscando a determinação e compreensão real de sua neurobiologia, e também ferramentas que possibilitam a determinação de protocolos terapêuticos e de tratamento efetivos e, talvez, em um futuro não tão distante a cura de tal transtorno que é uma das principais causas de incapacidade humana e o mais comum transtorno psiquiátrico da atualidade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVERINA, O.V. *et al.* Bacterial metabolites of human gut microbiota correlating with depression. International Journal of Molecular Sciences, v. 21, p. 9234, 2020.

BOAS, G.R.V. *et al*. Molecular aspects of depression: a review from neurobiology to treatment. European journal of pharmacology, v. 851, p. 99-121, 2019.

GRIEVE, S.M. *et al*. Brain imaging predictors and the international study to predict optimized treatment for depression: study protocol for a randomized controlled trial. Trials, v. 14, p. 1-13, 2013.

HERNÁNDEZ, H. C. *et al*. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. Salud mental, v. 39, p. 47-58, 2016.

JACOBSON, L. H. *et al.* The Gamma-Aminobutyric Acid B Receptor in Depression and Reward. Biological Psychiatry, v. 83, p. 963, 2018.

JIA, J. & LE, W. Molecular network of neuronal autophagy in the pathophysiology and treatment of depression. Neuroscience bulletin, v. 31, p. 427-434, 2015.

KRAUS, C *et al*. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. Translational psychiatry, v. 9, p. 1-17, 2019.

LI, Z. *et al.* Major depressive disorder: advances in neuroscience research and translational applications. Neuroscience bulletin, v. 37, p. 863-880, 2021.

LOPEZ, J.P. *et al*. Major depression and its treatment: microRNAs as peripheral biomarkers of diagnosis and treatment response. Current opinion in psychiatry, v. 31, p. 7-16, 2018.

MAJD, M. *et al*. Inflammation and the dimensions of depression: a review. Frontiers in Neuroendocrino-logy, v. 56, p. 100800, 2020.

PÉREZ- ESPARZA, R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Revista de la Facultad de Medicina, v. 60, p. 7-16, 2017.

PITSILLOU, E. *et al*. The cellular and molecular basis of major depressive disorder: towards a unified model for understanding clinical depression. Molecular biology reports, v. 47, p. 753-770, 2020.

RAGGUETT, R.M. *et al* Keeping up with the clinical advances: depression. CNS spectrums, v. 24, p. 25-37, 2019.

RUNIA, N. *et al*. The neurobiology of treatment-resistant depression: a systematic review of neuroimaging studies. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, v. 132, p. 433, 2022.

SLANEY, Chloe; HINCHCLIFFE, Justyna K.; ROBINSON, Emma SJ. Translational shifts in preclinical models of depression: implications for biomarkers for improved treatments. In: Biomarkers in Psychiatry. Springer, Cham, 2018. p. 169-193.

SAÚDE MENTAL
Edição 4
Desafios da prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado na sociedade moderna

CAPÍTULO 36

TRANSTORNO DE ANSIEDADE E SUA RELAÇÃO COM O SUICÍDIO NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

ELICELMA NOGUEIRA DA CONCEIÇÃO[1]
MARIA GORETI DE NASARÉ RODRIGUES DE FREITAS[2]
MAYARA DAILEY FREIRE MENDES[2]
ADRIANA CORRÊA DE ABREU[1]
JORDEILSON DA SILVA LUZ[1]

1. Egresso(a) do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Terezinha – CEST.
2. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Terezinha – CEST.

Palavras-chave: *Transtorno de ansiedade; Suicídio; Enfermagem.*

1. INTRODUÇÃO

O transtorno de ansiedade configura um dos fatores associados ao suicídio (ABREU *et al*., 2010). Diante disso, é de relevância significativa o conhecimento mais aprofundado sobre a relação da ansiedade com o suicídio, com enfoque nos profissionais de enfermagem, a fim de encontrar maneiras para evitar a prática de suicídio que tem sido prevalente nos últimos anos.

O suicídio consiste em um problema de saúde pública mundial (GUEDES, 2018). Dessa maneira se faz necessário compreender urgentemente a origem dos reais fatores interligados à prática tão frequente, não só nos profissionais de enfermagem, como também nas demais categorias sociais, para intervir e diminuir sua prevalência.

A prática suicida não acontece de repente. Possui uma origem que avança em estágios cada vez mais graves, os quais resultam no ato de pôr fim à vida. Ou seja, existe por trás dessa ação uma multiplicidade de variáveis que são determinantes e, portanto, devem ser exploradas. O foco desta pesquisa culmina na compreensão da ansiedade nos profissionais de enfermagem e sua provável relação com o suicídio. Intui-se que a ansiedade é um dos principais fatores predisponentes das ideações suicidas.

O objetivo geral deste estudo foi investigar o transtorno da ansiedade e sua relação com o suicídio nos profissionais da enfermagem por meio da literatura disponível.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada no período de março a junho de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: SciELO (Scientific Eletronic Library Online), REDALYC (Rede de Revistas Científicas da América Latina e Caribe, Espanha e Portugal), REBEM (Revista Brasileira de enfermagem) e BIREME. Foram utilizados os descritores: Transtorno de ansiedade; Suicídio; Enfermagem. Desta busca foram encontrados 53 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos no idioma português; publicados nos últimos 10 anos; que abordassem a temática proposta para esta pesquisa; disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados; em outros idiomas que não o português; disponibilizados na forma de resumo; que não abordassem diretamente a proposta estudada; com mais de 10 anos de publicação.

Após os critérios de seleção restaram 10 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em quadros, as quais foram organizadas na seguinte ordem: prevalência de ansiedade nos profissionais de enfermagem; principais fatores relacionados com a ansiedade nos profissionais de enfermagem; relação da ansiedade com o risco de suicídio.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 53 artigos encontrados nas bases de dados, foram selecionados apenas 10 para discussão. Aqueles de maior importância para a pesquisa e que obedeciam aos critérios de inclusão foram utilizados na construção dos quadros abaixo. O **Quadro 36.1** aborda sobre a prevalência de ansiedade nos profissionais de enfermagem.

Quadro 36.1 Prevalência do transtorno de ansiedade nos profissionais de enfermagem

Autor/ano	Título	Resultados e discussões
VELOSO *et al*., 2016	Prevalência de ansiedade em profissionais de enfermagem de urgência e emergência	Constatou-se que 27,8% dos profissionais possuíam ansiedade leve, 13,3% moderada e 3,3% grave, as quais acometiam principalmente os técnicos de enfermagem. Concluiu-se que houve uma quantidade considerável de profissionais da equipe de enfermagem com grau moderado a grave de ansiedade.
BALIANA, 2020	Avaliação da depressão, ansiedade e estresse em profissionais da equipe de enfermagem	Em geral, os profissionais apresentaram escore moderado de depressão 37 (37,4%), escore extremamente grave de ansiedade 34 (34,3%) e normal para o estresse 30 (30,3%). Tanto para depressão, ansiedade e estresse, o sexo feminino apresentou médias maiores, sendo estatisticamente significativo.
BARBOSA *et al*., 2020	Depressão e ansiedade na enfermagem em unidade de terapia intensiva	A média de idade dos profissionais foi de 35 anos, onde 86% são do gênero feminino e sua maioria são casados (46%). Observou-se que 77% da amostra não apresenta sintomas depressivos. Já no que se refere aos sintomas ansiosos, 85% apresentaram grau mínimo de ansiedade.

De acordo com Veloso e colaboradores (2016), existe uma prevalência de ansiedade considerável nos enfermeiros, particularmente naqueles que atuam no setor de urgência e emergência. Dos profissionais de enfermagem, observou-se um percentual de ansiedade entre os técnicos de enfermagem de (46,3%) e entre os enfermeiros (39,1%), fato que fez concluir que existe uma prevalência mais acentuada nos técnicos de enfermagem em relação aos enfermeiros. Esses dados reportam para a importância dos aspectos emocionais dos enfermeiros, uma vez que podem culminar de forma negativa na vida social e nas atividades laborais prejudicando a qualidade da assistência oferecida por eles.

Baliana (2020), em seu estudo, identificou profissionais com elevado grau de ansiedade (34,3%). Na amostra, a ansiedade teve escore significativamente alto e predominou na população feminina, constatando que o sexo tem forte influência no surgimento de ansiedade. Este é um estudo que apresenta resultados que divergem com outros autores, como por exemplo, Moura *et al*. (2017), que além de outros achados, conseguiu identificar em sua pesquisa que apenas 30% de sua amostra apresentavam algum nível de ansiedade, sendo que destes, 20% possuíam grau leve, 2% moderado e 8% grave. O fato de a ansiedade ser considerada mais prevalente em pessoas do sexo feminino pode ser justificado provavelmente aos fatores genéticos, hormonais, influências metabólicas, entre outros fatores, isso de acordo com algumas literaturas, sendo também defendido por Sousa *et al*. (2019).

Segundo os resultados de Barbosa *et al*. (2020), há uma baixa prevalência de ansiedade, considerando a amostra de profissionais de enfermagem que tinham apenas grau mínimo de ansiedade, correspondendo a (85%) dos participantes e somente 15% dessa população apresentou grau de ansiedade de leve a severo.

O presente resultado diverge de outros autores que demonstram em suas análises elevado nível de ansiedade entre esses profissionais, como por exemplo, Veloso *et al*. (2016), assim como os resultados evidenciados por Baliana (2020), que identificou profissionais com elevado grau de ansiedade, totalizando (34,3%), um percentual considerável segundo a autora. O **Quadro 36.2** aponta os principais fatores relacionados com a ansiedade nos profissionais de enfermagem.

Quadro 36.2 Principais fatores relacionados com a ansiedade nos profissionais de enfermagem

Autor/ano	Título	Resultados e discussões
MOURA *et al*., 2017	Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica	O perfil dos profissionais caracterizou-se pelo sexo feminino (94%), casados (54%), com idade média de 39 anos. A ansiedade esteve presente entre 30% dos trabalhadores. Os fatores associados com a ansiedade foram a dificuldade para dormir (C=0,410; p=0,004), pressão no trabalho (C=0.422; p=0,004) e já ter realizado tratamento para ansiedade nos últimos 12 meses (C=0.638; p=0,000).
SANTOS *et al*., 2021	Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da Covid-19	A ocorrência de sintomas sugestivos de transtornos mentais (ansiedade e depressão) estava relacionada a profissionais de enfermagem do sexo feminino, cor ou raça parda, com renda mensal inferior a 5 salários mínimos que trabalhavam no setor privado, ter sintomas de Síndrome de Burnout e morar com os pais. As ocorrências foram mais acentuadas quando os serviços não apresentavam condições adequadas de trabalho, em especial para o enfrentamento da pandemia de Covid-19.
SANGALETTI *et al*., 2018	Ansiedade dos enfermeiros da estratégia saúde da família	Os resultados da pesquisa realizada identificaram que 85,72% dos enfermeiros apresentaram nível de ansiedade leve e 14,28% nível moderado. Os fatores associados à ocorrência de ansiedade nos enfermeiros da ESF vincularam-se principalmente ao excesso de trabalho, seguido da falta de valorização profissional; pressão exercida no processo de trabalho; preocupação e agitação no cotidiano do trabalho.
FERNANDES *et al*., 2017	Ansiedade em técnicos de enfermagem da atenção básica	A baixa remuneração, sobrecarga de trabalho e desvalorização profissional foram apontados como fatores responsáveis por provocar o aparecimento da ansiedade no âmbito de trabalho.

A figura do profissional enfermeiro, como evidenciado, é bem presente na atenção básica. Considerando esse fato, Moura *et al*. (2017), avaliou 50 participantes, dos quais 12% eram enfermeiros e 12% eram técnicos de enfermagem. Em seu estudo, demonstrou um percentual significativo de ansiedade que está diretamente associada a alguns fatores, destacando-se a insônia, a pressão exercida no trabalho e o fato de já ter realizado tratamento para ansiedade nos últimos 365 dias. Ressalta-se a importância da identificação desses fatores para o planejamento de medidas preventivas, garantindo qualidade de vida aos profissionais e proporcio-

nando um melhor desempenho na vida pessoal, social e no cuidado prestado à saúde da população.

Na publicação de Santos *et al*. (2021), os enfermeiros compunham um total de 292 (59,6%) e 198 (40,4%) dos participantes da amostra do estudo. A maioria era do sexo feminino, um achado condizente com o público que predomina na enfermagem, e nessa amostra totalizando 86,7%. Em relação à renda, 35,3% tinham entre 3 a 4 salários mínimos. Desses indivíduos, 39,6% apresentaram sintomas de ansiedade moderadamente severa ou severa nos últimos 365 dias.

Nesse estudo, ainda foi demonstrado que os fatores associados à ansiedade moderadamente severa ou severa são: cor parda, trabalho em vínculo empregatício privado ou ter vínculo empregatício público e privado, terem sintomas de síndrome de Burnout, e ser profissional de setor que não dispõe de estrutura para a realização de suas atividades com segurança (SANTOS *et al*., 2021). Observa-se, nesses achados, que os fatores associados à ansiedade diferem daqueles destacados por Moura *et al*. (2017), o que talvez seja explicado pelo direcionamento do questionário aplicado e pelo contexto da pandemia de Covid-19.

Sangaletti e colaboradores (2018), evidenciaram que os principais fatores associados com a ocorrência de ansiedade nos enfermeiros da ESF consistiam na sobrecarga de trabalho, desvalorização profissional, pressão exercida no processo de trabalho, preocupação e agi-tação no ambiente de trabalho. As evidências encontradas são de que 75,82% dos enfermeiros tinham ansiedade leve e 14,28%, ansiedade moderada.

Um desses fatores é congruente com um daqueles encontrado por Moura *et al*. (2017), que evidenciou a pressão exercida pelo trabalho enquanto um fator associado à ansiedade nos profissionais de enfermagem, que julgam a redução da jornada de trabalho, aumento do número de profissionais, melhor remuneração salarial, valorização profissional, dentre outros, como aspectos importantes na melhoria da qualidade de vida no trabalho.

Fernandes *et al*. (2017) evidenciou em sua pesquisa que existe um número relevante de indivíduos com alta prevalência de ansiedade da população em destaque. O autor descobriu com base na escala aplicada durante o período de trabalho desses profissionais que houve um aumento expressivo no nível de ansiedade durante as atividades laborais dos técnicos de enfermagem, o que sugere que o trabalho em si no ambiente hospitalar se caracteriza enquanto um fator ansiogênico. Os fatores associados à ansiedade destacados pelos técnicos foram exposição diária a circunstâncias de alta exigência emocional que os profissionais de enfermagem encaram no cotidiano, o que repercute no esgotamento físico e mental, sobrecarga de trabalho e demandas em excesso e remuneração baixa.

Os achados de Fernandes *et al*. (2017), concordam com aqueles encontrados por Moura *et al*. (2017).

No **Quadro 36.3** temos a relação da ansiedade com o risco de suicídio.

Rodrigues *et al*. (2012) exprimem em seus achados afirmando que os transtornos de ansiedade são fatores negligenciados enquanto risco para o comportamento suicida e que pouquíssimas obras, somente internacionais, deram importância para essa associação. Enfatizam sobre atentar-se para o público com algum transtorno de ansiedade, considerando que consiste num fator de risco para o suicídio. Sustentam, também, que, ao serem tratados, é importante a observação dos primeiros sinais de risco de suicídio para que haja prevenção e redução não só das tentativas, como também da consumação de suicídio.

Quadro 36.3 Relação da ansiedade com o risco de suicídio

Autor/ano	Título	Resultados e discussões
RODRIGUES *et al*., 2012	Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional	Dos 1.621 jovens entrevistados, 20,9% apresentaram algum transtorno de ansiedade e 8,6% risco de suicídio.
OLIVEIRA *et al*., 2015	Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada	Os indivíduos com TAG corresponderam a 16, 6% da amostra. O risco de suicídio foi observado em 54,8% dos indivíduos.
ABREU, 2015	Avaliação do impacto da comorbidade com transtornos ansiosos no comportamento suicida em pacientes com transtorno de humor	Os resultados mostraram que 63 pacientes (13,1%) tiveram tentativa durante o seguimento. Não houve diferença entre os pacientes com e sem comorbidade com transtorno ansioso.

Para Oliveira Vasconcelos e colaboradores (2015), a presença de TAG (transtorno de ansiedade generalizada) repercute no risco de suicídio aumentado em quatro vezes mais que a população sem TAG. Essa pesquisa demonstrou que a TAG está relacionada com o comportamento suicida, considerando que mais da metade dos pacientes que apresentavam o transtorno manifestaram risco de suicídio (54,8%). Provavelmente, o que justifica essa ligação do transtorno de ansiedade com o suicídio seja o desejo de apagar alguma emoção angustiante, podendo ser tristeza, raiva ou mesmo a própria ansiedade.

Ressalta-se que a presença isolada de TAG é o bastante para elevar o risco de suicídio, porém pode se tornar mais elevado quando há uma associação de outros transtornos psiquiátricos, como a depressão, a qual se caracterizou enquanto um dos diagnósticos mais comuns entre aqueles que cometem suicídio. Os autores consideram uma correlação entre TAG e depressão, assim como TAG associada ao risco de suicídio.

Abreu (2015), contrariamente aos autores relacionados, conclui que os transtornos ansiosos não se caracterizam enquanto fatores de risco para tentativas de suicídio. Em sua análise, observou que 153 (22,2%) da amostra total dos participantes apresentaram apenas um transtorno ansioso ao longo da vida; 62 (9,3%), dois transtornos ansiosos e 14 (2,1%), três transtornos ansiosos.

Na mesma pesquisa, amostra individualizada relacionada aos diagnósticos dos tipos de transtornos ansiosos foi identificado que 112 (16,8%) dos participantes tiveram diagnóstico de transtorno do pânico ao longo da vida; 7 (1%), de agorafobia; 55 (8,2%), de fobia social, 33 (4,9%) de transtorno obsessivo compulsivo; 15 (2,2%), de transtorno de ansiedade generalizada e 97 (14,5%), de transtorno do estresse pós-traumático.

Apesar da prevalência de ansiedade confirmada, mostrou-se que os achados foram negativos, contudo, encontra-se na literatura que indivíduos com ansiedade comórbida apresentam fatores de risco para tentativas de suicídio, fato que faz autor questionar-se se a comorbidade com ansiedade embora não tenha ligação direta como fator de risco.

4. CONCLUSÃO

O transtorno de ansiedade tem sido prevalente e acometendo principalmente os profis-

sionais de enfermagem, os quais lidam diretamente com o sofrimento alheio e vivenciam situações do cotidiano que geram bastante sofrimento psicológico. A ansiedade se demonstrou prevalente nos profissionais de enfermagem, fato que merece atenção, já que, por serem acometidos pela ansiedade, têm sua produtividade prejudicada devido à influência negativa desta na vida desses indivíduos. Sugere-se que medidas de prevenção sejam planejadas e executadas a fim de melhorar a qualidade de vida dos profissionais e consequentemente garantir uma assistência de qualidade para os pacientes a quem prestam assistência.

É válido lembrar que o transtorno de ansiedade, quando não tratado precocemente, raramente terá uma melhora espontânea, tendo o risco de se tornar crônico e até mesmo propiciar o surgimento de outros transtornos psiquiátricos, o que irá repercutir nas atividades laborais desses profissionais e em seus relacionamentos interpessoais. Daí a importância de um diagnóstico precoce do transtorno de ansiedade para que seja acompanhado e tratado da melhor maneira, garantindo qualidade de vida e reduzindo os prejuízos.

Existem vários fatores que são responsáveis pelo surgimento de ansiedade nos enfermeiros, dos quais se destacaram a sobrecarga de trabalho, mais de um vínculo empregatício, remuneração baixa, o ambiente de trabalho em si, insônia, desvalorização profissional, entre outros. Diante desses achados, é possível estabelecer planos para amenizar os impactos negativos desses fatores na vida dos profissionais, seja por meio de promoção de bem-estar ou mesmo prevenção.

Embora não seja possível afirmar relação direta da ansiedade com o suicídio, esta pode ser considerada fator de alerta para intervenção precoce e proteção dos indivíduos. Sabe-se que o cuidar é o objeto de trabalho dos enfermeiros e que estes lidam com uma rotina que requer muita responsabilidade e gera muita tensão. Considerando esse espectro, é imprescindível cuidar daqueles que cuidam. Essa classe é submetida aos mais diversos ambientes com jornada de trabalho extensa, poucos recursos humanos e desgaste psicológico e emocional e, portanto, merecem uma atenção mais cuidadosa.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ABREU, K.P. *et al*. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 12, p. 195 – 200, 2010.

ABREU, L.N. Avaliação do impacto da comorbidade com transtornos ansiosos no comportamento suicida em pacientes com transtorno de humor. 119f. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, 2015.

BALIANA, L.O. Avaliação da depressão, ansiedade e estresse em profissionais da equipe de enfermagem. 61f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2020.

BARBOSA, M.B.T. *et al*. Depressão e ansiedade na enfermagem em unidade de terapia intensiva. Revista Ciência Plural. Rio Grande do Norte, 6(3), pág. 93 – 107, 2020.

FERNANDES, B.M.A. *et al*. Ansiedade em técnicos de enfermagem da atenção básica. Revista Eletrônica Trimestral de enfermería, v. 51, p. 101 – 111, 2017.

GUEDES, N.A. & HAKIM, S.E. Suicídio no Brasil: conhecer para prevenir. Conic Semesp, v. 18, p. 1 – 11, 2018.

MOURA, A. *et al*. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, v. 19, p. 17 – 26, 2017.

OLIVEIRA *et al*. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 64, p. 259 – 265, 2015.

RODRIGUES, M.E. Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. Psico – UFS, v. 7, p. 1 – 15, 2012.

SANGALETTI, J. *et al*. Ansiedade dos enfermeiros da estratégia saúde da família. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, v. 7, p. 134 – 248, 2018.

SANTOS, K. M. R. *et al*. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid 19. Esc Anna. Nery, v 25, p. 1 – 15, 2021.

SOUZA, D. B. *et al*. Depressão e risco de suicídio entre enfermeiros. Revista Saberes, Rolim de Moura, v. 13, p. 1 – 10, 2019.

VELOSO, L. U. P. *et al*. Prevalência de ansiedade em profissionais de enfermagem de urgência e emergência. Revista de Enfermagem UFPE online, v. 10, p. 3969 – 3976, 2016.

ÍNDICE REMESSIVO

Abstinência 145
Acadêmicos 230
Ácido fólico 103
Adolescentes 248
Agravos 236
Alteração 259
Análise do comportamento 26
Ansiedade 125, 169, 190
Atenção primária à saúde 133
Autismo 26, 103
Benzodiazepínicos 145
Burnout 218, 230
Clínica 259
Comportamento verbal 26
Comunidade rural 50
Condições psicossociais 183
COVID-19 98, 108, 218, 224, 248
Crianças e jovens 91
Demência 201
Dependência 145
Depressão 169, 190, 201, 211, 242, 274
Desastre natural 55
Desordens psiquiátricas 248
Diabetes Mellitus 41
Diagnóstico 274
Disbiose 1
Distanásia 80
Docente 183
Doença de alzheimer 41
Dor 153
Dor crônica 169
Enfermagem 285
Enfermeiros 133
Eutanásia 80
Esquizofrenia 242
Estado mental 259
Estresse psicológico 125, 133
Exercício 120
Fatores 70
Forense 242
Gestação 103
Gestor 61
Idosos 70, 201
Impacto da doença na qualidade de vida 266
Instabilidade emocional 21
Isolamento Social 91
Jovens 108
Leucemia 153
LGBTQIA+ 236
Medicina 178, 230
Mental 120
Microbiota 1
Negligência 236
Neurobiologia 274
Ortotanásia 80
Pandemia 98, 248
Pesos e medidas 125
Psicologia organizacional 61
Psicopatia 242
Qualidade de vida 153
Redes sociais 21
Resistência a insulina 41
Saúde 98, 120
Saúde mental 21, 50, 55, 61, 91, 160, 183, 218, 224, 236
Sinais e sintomas 178
Síndrome de Burnout 178, 266
Suicídio 9, 70, 160, 211, 285
Suplementação 190
Tentativa de suicídio 266
Trabalho 266
Trabalhador rural 50
Transtornos da alimentação 108
Transtorno de ansiedade 285
Transtorno de estresse pós-traumático 55
Transtorno do espectro autista 1, 224
Transtorno mental 9
Transtornos relacionados ao uso de substâncias 9
Universitários 178
Violência 183
WHO 211